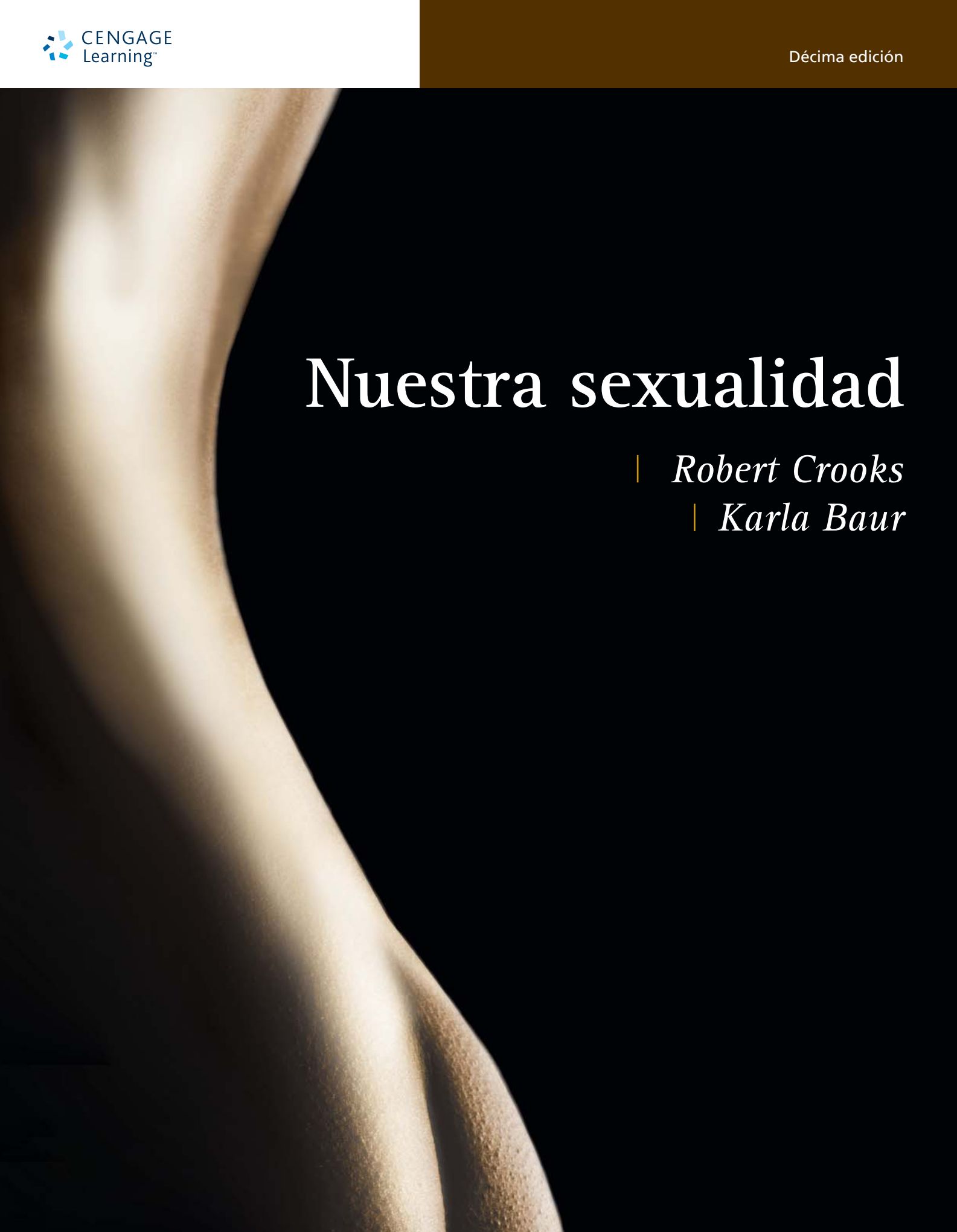




Nuestra sexualidad

| *Robert Crooks*
| *Karla Baur*

Nuestra sexualidad

Décima edición

Robert Crooks

Karla Baur

Lorena Campa Rojas

TRADUCCIÓN

Francisco Delfín Lara

REVISOR TÉCNICO



CENGAGE
Learning™

Australia • Brasil • Corea • España • Estados Unidos • Japón • México • Reino Unido • Singapur

Nuestra sexualidad. 10a. ed.

Robert Crooks
Karla Baur

**Presidente de Cengage Learning
Latinoamérica**

Javier Arellano Gutiérrez

**Director general México y
Centroamérica**

Pedro Turbay Garrido

Director editorial Latinoamérica

José Tomás Pérez Bonilla

Director de Producción

Raúl D. Zendejas Espejel

Coordinadora editorial

María Rosas López

Editora

María A. Alegría Estrada

Editora de Producción

Gloria Luz Olguín Sarmiento

Diseño de portada

Gerardo Larios García

Composición tipográfica

Silvia Plata Garibo
Gerardo Larios García

© D.R. 2010 por Cengage Learning Editores, SA de CV,
una compañía de Cengage Learning, Inc.
Corporativo Santa Fe
Av. Santa Fe núm. 505, piso 12
Col. Cruz Manca, Santa Fe
C.P. 05349, México, D.F.
Cengage Learning™ es una marca registrada
usada bajo permiso.

DERECHOS RESERVADOS. Ninguna parte de
este trabajo amparado por la Ley Federal del
Derecho de Autor podrá ser reproducida,
transmitida, almacenada o utilizada en
cualquier forma o por cualquier medio, ya sea
gráfico, electrónico o mecánico, incluyendo,
pero sin limitarse a lo siguiente: fotocopiado,
reproducción, escaneo, digitalización,
grabación en audio, distribución en Internet,
distribución en redes de información o
almacenamiento y recopilación en sistemas
de información, a excepción de lo permitido
en el Capítulo III, Artículo 27, de la Ley Federal
del Derecho de Autor, sin el consentimiento
por escrito de la editorial.

Traducido del libro: *Our Sexuality, tenth edition*

Publicado en inglés por Cengage Learning/Wadsworth

©2009

ISBN-13: 978-0-495-09554-5

ISBN-10: 0-495-09554-0

Datos para catalogación bibliográfica:

Robert Crooks, Karla Baur

Nuestra sexualidad, 10a. ed.

ISBN-13: 978-607-481-365-4

ISBN-10: 607-481-365-5

Visite nuestro sitio en:

<http://latinoamerica.cengage.com>

*Para nuestros amados compañeros, Sami Tucker y Jim Hicks,
y para el personal de Act Now, una organización de base
comunitaria que desarrolla programas de intervención sobre
VIH/sida en el suroeste de Kenia.*



Bob Crooks, Sami Tucker y el personal directivo de
educadores de pares de Act Now.

Los componentes psicológicos, sociales y biológicos de la sexualidad humana que integran este libro son resultado de la afortunada combinación de los antecedentes académicos y profesionales de los autores. Robert Crooks realizó un doctorado en psicología y su entrenamiento de posgrado tuvo un acento en psicología clínica y fisiológica. Además, cuenta con un considerable historial académico en el campo de la sociología, lo que le sirvió como base para su formación de posgrado. Su participación en la enseñanza de la sexualidad humana, impartiendo clases en universidades y escuelas de medicina, abarca más de dos décadas. Recientemente, Bob y su esposa, Sami Tucker, se involucraron en el establecimiento y aplicación de un programa de intervención y educación sobre VIH/sida en Kenia, África. Su trabajo en este proyecto incluye el diseño de estrategias de investigación para evaluar cambios de comportamiento, el desarrollo de una estrategia basada en los educadores de pares kenianos y la dirección de sesiones de entrenamiento para este equipo de orientadores. En los últimos cuatro años han viajado a África varias veces y han dedicado muchos meses al desarrollo del programa.

Karla Baur, por su parte, cuenta con una maestría en trabajo social y su labor académica destaca en el entrenamiento clínico. Ella se tituló como trabajadora social clínica en la práctica privada, con especialización en parejas y terapia sexual con adultos. Baur fue certificada como educadora sexual, terapeuta y supervisora en este campo por la Asociación Americana de Educadores, Guías y Terapeutas Sexuales. Asimismo, ha impartido clases de sexualidad en escuelas de medicina y en varios colegios y universidades, a la vez que ha brindado entrenamiento clínico para otros profesionales de la salud mental. Karla encontró una manera de combinar sus habilidades clínicas con su amor a los caballos proporcionando formación a los jinetes para que mejoren su desempeño. Además, participa en el programa de VIH/sida en Kenia, y en 2004 se unió a Bob y a Sami para entrenar a los educadores de pares.

Los autores reúnen juntos más de 60 años de enseñanza, asesoría e investigación en el campo de la sexología. Los dos han impartido cursos de sexualidad por varios años, y ofrecen talleres y conferencias a una amplia variedad de grupos comunitarios y de profesionistas, así como sesiones individuales a parejas y familias en temas de sexualidad. La conjugación de sus experiencias en los ámbitos de la enseñanza, la clínica y la investigación, junto con su entrenamiento de posgrado, los han provisto de una apreciación y comprensión sensitiva de la altamente compleja y personalísima sexualidad humana.

Baur y Crooks creen que un verdadero y sensible entendimiento de nuestra sexualidad debe fundarse en las perspectivas y experiencias del hombre y de la mujer. Como resultado, sus cursos, sus estudiantes, y este texto se han beneficiado de una percepción bien equilibrada y de una profunda apreciación sobre la conducta sexual humana.

PARTE UNO

► INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1	Perspectivas sobre la sexualidad	1
CAPÍTULO 2	La investigación acerca del sexo: métodos y problemas	28
CAPÍTULO 3	Cuestiones de género	51

PARTE DOS

► BASE BIOLÓGICA

CAPÍTULO 4	Anatomía y fisiología sexual de la mujer	87
CAPÍTULO 5	Anatomía y fisiología sexual masculinas	123
CAPÍTULO 6	Excitación y respuesta sexual	148

PARTE TRES

► CONDUCTAS SEXUALES

CAPÍTULO 7	El amor y la comunicación en las relaciones íntimas	184
CAPÍTULO 8	Conductas sexuales	236
CAPÍTULO 9	Orientaciones sexuales	260

PARTE CUATRO

► SEXUALIDAD Y CICLO DE VIDA

CAPÍTULO 10	Anticoncepción	293
CAPÍTULO 11	La concepción de los hijos: proceso y elección	329
CAPÍTULO 12	La sexualidad en la infancia y la adolescencia	363
CAPÍTULO 13	Sexualidad en la edad adulta	394

PARTE CINCO

► PROBLEMAS SEXUALES

CAPÍTULO 14	Dificultades sexuales y soluciones	425
CAPÍTULO 15	Infecciones de transmisión sexual	463

PARTE SEIS

► PROBLEMAS SOCIALES

CAPÍTULO 16	Conducta sexual atípica	524
CAPÍTULO 17	Coerción sexual	544
CAPÍTULO 18	Sexo a la venta	579

Prólogo xxxiv

PARTE UNO

► INTRODUCCIÓN

1 Perspectivas sobre la sexualidad 1

HABLEMOS DE SEXO Una charla sobre sexo entre padre e hijo (hija) 3

Controversia y diversidad en la sexualidad humana 3

La diversidad en Estados Unidos 4

Un enfoque psicosocial 5

Perspectivas transculturales 7

El Medio Oriente islámico 7

China 8

La herencia cultural occidental: sexo con fines de procreación y roles sexuales rígidos 8

Sexo con fines de procreación 9

Roles sexuales del hombre y la mujer en la sexualidad 10

La sexualidad en el mundo occidental: una reseña histórica 10

Las tradiciones judeocristianas 10

El sexo como acto pecaminoso 11

Eva contra María 12

Un cambio positivo 12

La era victoriana 13

El siglo xx 15

Después de la Segunda Guerra Mundial 17

Los tiempos cambian 17

Los medios y la sexualidad 18

La televisión 19

Publicidad 21

Revistas 21

Internet 22

La sexualidad: donde lo personal es político 24

Lecturas recomendadas 26

Recursos en la Web 26

2 La investigación acerca del sexo: métodos y problemas 28

Los objetivos de la sexología 29

Métodos de investigación no experimentales 30

Estudios de caso 30

Encuestas 32

SEXO Y POLÍTICA La investigación del sexo acotada 37

La observación directa 40

El método experimental 41

Tecnologías utilizadas en la investigación sobre el sexo 43

Aparatos electrónicos para medir la excitación sexual 43

Evaluación computarizada de la conducta sexual 44

Investigación del sexo en el ciberespacio 45

Normas éticas en la investigación de la sexualidad humana 46

Evaluación de la investigación: algunas preguntas 47

Lecturas recomendadas 49

Recursos en la Web 49

3 Cuestiones de género 51

Varón y mujer, masculino y femenino 52

Sexo y género 52

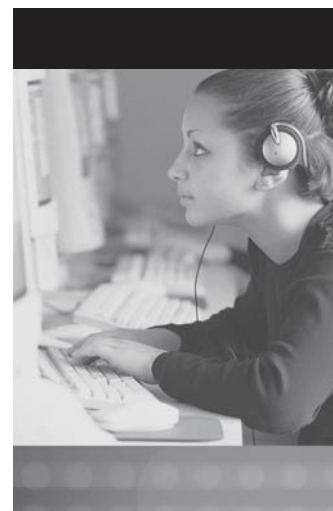
Identidad y rol de género 53

Formación de la identidad de género 53

La identidad de género como un proceso biológico: diferenciación prenatal normal 53

Diferenciación prenatal atípica 60

Influencia del aprendizaje social en la identidad de género 65



DE ACTUALIDAD Estrategias de tratamiento para intersexuales: debate y controversias 68

El modelo de interacción 69

Transexualismo y transgenerismo 70

HABLEMOS DE SEXO Comunicación respetuosa con un transexual o transgénero 71

Identidad variable de género y orientación sexual 71

Transexualismo: etiología, procedimientos y resultados de la reasignación de sexo 71

Roles de género 74

¿Cómo aprendemos los roles de género? 75

Expectativas de los roles de género: su impacto en nuestra sexualidad 80

Más allá de los roles de género: androginia 82

Lecturas recomendadas 85

Recursos en la Web 85

PARTE DOS

► BASE BIOLÓGICA

4 Anatomía y fisiología sexual de la mujer 87

La vulva 88

El monte de Venus 89

Los labios mayores 89

ANTE TODO, LA SALUD SEXUAL

Autoexploración de los genitales 90

Los labios menores 91

El clítoris 91

El vestíbulo 94

El orificio de la uretra 94

El introito y el himen 94

El perineo 95

Estructuras subyacentes 95

Estructuras internas 95

ANTE TODO, LA SALUD SEXUAL Ejercicios de Kegel 96

La vagina 96

El cérvix 100

El útero 100

Las trompas de Falopio 100

Los ovarios 101

Menstruación 101

Actitudes ante la menstruación 101

Menarquia 103

Fisiología de la menstruación 103

Actividad sexual y ciclo menstrual 104

Problemas del ciclo menstrual 105

Menopausia 107

Terapia hormonal 109

Problemas de salud ginecológica 111

Infecciones de las vías urinarias 111

Infecciones de la vagina 111

El frotis de Papanicolau 112

Extirpación quirúrgica del útero y de los ovarios 113

Los senos 113

La autoexploración de los senos 115

Detección del cáncer mamario 116

ANTE TODO, LA SALUD SEXUAL Cómo

explorarse los senos 117

Tumores de los senos 117

Cáncer mamario 118

Lecturas recomendadas 121

Recursos en la Web 121

5 Anatomía y fisiología sexual masculinas 123

Anatomía sexual 124

El pene 124

Fortalecimiento de los músculos alrededor del pene 127

El escroto 128

Los testículos 129

ANTE TODO, LA SALUD SEXUAL

Autoexamen genital masculino 131

El conducto deferente 131

Las vesículas seminales 132

La próstata 133

Las glándulas de Cowper 133

El semen 133

Funciones sexuales masculinas 134

La erección 134

La eyaculación 134

Preocupaciones acerca del funcionamiento sexual 136

El tamaño del pene 136

DE ACTUALIDAD Agrandamiento del pene 137

La circuncisión 140

Problemas de salud genital masculina 141

Problemas de salud del pene 141

Cáncer testicular 143

Enfermedades de la próstata 143

Lecturas recomendadas 146

Recursos en la Web 147



6 Excitación y respuesta sexual 148

El papel de las hormonas en el comportamiento sexual 149

Las hormonas sexuales en el comportamiento sexual masculino 150

Las hormonas sexuales en el comportamiento sexual femenino 151

¿Cuánta testosterona es necesaria para un funcionamiento sexual normal? 152

Terapia de reemplazo de testosterona 153

La oxitocina en el comportamiento sexual de hombres y mujeres 154

El cerebro y la excitación sexual 155

INVESTIGACIONES SOBRE EL SEXO

Monitoreo con resonancia magnética de la función cerebral durante la excitación sexual 158

Los sentidos y la excitación sexual 159

Tacto 159

Vista 160

Olfato 160

Gusto 162

Oído 162

Los afrodisíacos y anafrodisíacos en la excitación sexual 163

Los afrodisíacos: ¿de verdad funcionan? 163

Anafrodisíacos 165

Respuesta sexual 166

DE ACTUALIDAD Excitación sexual con aerosol nasal 167

El modelo de las tres etapas de Kaplan 167

El modelo de cuatro fases de Masters y Johnson 167

INVESTIGACIONES SOBRE EL

SEXO Monitoreo con resonancia magnética de los cambios genitales durante la excitación sexual 170

El envejecimiento y el ciclo de respuesta sexual 175

El ciclo de respuesta sexual de mujeres mayores 175

El ciclo de respuesta sexual en hombres mayores 176

Diferencias en la respuesta sexual de ambos sexos 178

Mayor variabilidad en la respuesta femenina 178

Periodo de refracción del hombre 178

Multiorgasmia 179

Lecturas recomendadas 182

Recursos 183

Recursos en la Web 183

PARTE TRES

CONDUCTAS SEXUALES

7 El amor y la comunicación en las relaciones íntimas 184

¿Qué es el amor? 185

Tipos de amor 186

Amor apasionado 186

Amor de compañía 187

Teoría triangular del amor de Sternberg 187

Los estilos de amor de Lee 189

Enamorarse: ¿por qué y de quién? 190

La química del amor 191

La cercanía 192

Semejanzas 192

Reciprocidad 194

Atractivo físico 194

Amor y estilos de vínculos 197

Estilos de vínculos 197

Las relaciones íntimas adultas como proceso de vinculación 198

Problemas en la relación amorosa 200

¿Cuál es la relación entre amor y sexo? 200

Los celos en una relación 202

HABLEMOS DE SEXO Cómo enfrentar al "monstruo de los ojos verdes" 204

Mantener la satisfacción de pareja 205

La variedad sexual: un ingrediente importante 206

El valor de la comunicación sexual 208

Razones por las que la comunicación sexual es difícil 208

INVESTIGACIONES SOBRE EL SEXO

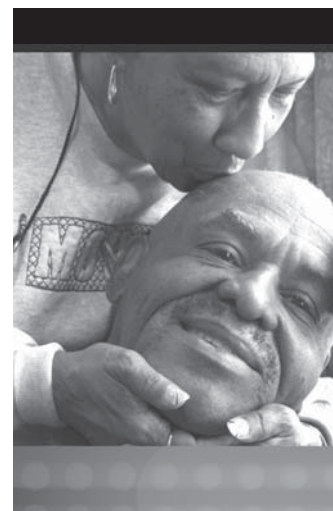
Diferencias en el deseo de variedad sexual entre hombres y mujeres 209

¿Cómo empezar a dialogar? 212

Hablar acerca de hablar 212

Leer y platicar 213

Compartir relatos sexuales 213





Escuchar y retroalimentarse	213
<i>Escuche activamente</i>	213
<i>Mantenga contacto visual</i>	214
<i>Brinde retroalimentación</i>	214
<i>Apoye los esfuerzos de comunicación de su pareja</i>	214
<i>Expresé consideraciones positivas incondicionales</i>	215
Las necesidades de su pareja	215
<i>Haga preguntas</i>	215
<i>Revelar información propia</i>	216
<i>Discutir las preferencias sexuales</i>	217
<i>Dar permiso</i>	218
Aprender a hacer peticiones	218
<i>Aceptar la responsabilidad de nuestro propio placer</i>	218
DE ACTUALIDAD Relaciones por Internet	219
<i>Haga peticiones específicas</i>	220
<i>Hable en primera persona</i>	220
Expresar y recibir quejas	220
<i>Estrategias constructivas para expresar quejas</i>	221
<i>Recepción de quejas</i>	224
Decir “no”	225
<i>Un método de tres pasos para decir que no</i>	226
<i>Evite enviar mensajes mixtos</i>	226
Comunicación sexual no verbal	227
<i>Expresiones faciales</i>	228
<i>Distancia interpersonal</i>	228
<i>Caricias (tacto)</i>	229
<i>Sonidos</i>	229
Patrones de comunicación en relaciones exitosas y no exitosas	229
<i>Tácticas de comunicación constructiva de Gottman</i>	230
<i>Tácticas de comunicación destructiva de Gottman</i>	231
<i>Lecturas recomendadas</i>	233
<i>Recursos en la Web</i>	233

8 Conductas sexuales 236

Celibato	237
Sueños y fantasías eróticos	238
<i>Sueños eróticos</i>	238
<i>Fantasía erótica</i>	238
<i>Semejanzas y diferencias entre las fantasías sexuales de hombres y mujeres</i>	240
<i>Las fantasías: ¿ayuda u obstáculo?</i>	240

Masturbación	241
<i>Perspectivas de la masturbación</i>	241
<i>Propósitos de la masturbación</i>	242
SEXO Y POLÍTICA Si los vibradores son ilegales, quienes violan sólo la ley tendrán vibradores	244
<i>Grupos étnicos y masturbación</i>	244
<i>Técnicas de autosatisfacción</i>	245
Expresión sexual: la importancia del contexto	246
<i>El contexto de la expresión sexual</i>	246
<i>La jerarquía de Maltz</i>	247
<i>Frecuencia de la actividad sexual</i>	248
Besar y acariciar	248
<i>Besos</i>	249
<i>Caricias</i>	249
Estimulación oral-genital	251
Estimulación anal	254
Coito y posiciones sexuales	255
<i>Coito al estilo tántrico</i>	257
<i>Lecturas recomendadas</i>	258
<i>Recursos en la Web</i>	259

9 Orientaciones sexuales 260

Un continuo de orientaciones sexuales	262
<i>Homosexualidad</i>	263
<i>Bisexualidad</i>	263
<i>Asexualidad</i>	265
¿Qué determina la orientación sexual?	265
<i>Teorías psicosociales</i>	265
<i>Teorías biológicas</i>	266
INVESTIGACIONES SOBRE EL SEXO	268
Influencias prenatales	268
Actitudes sociales	270
<i>Actitudes judeocristianas hacia la homosexualidad</i>	272
<i>De pecado a enfermedad</i>	272
<i>Homofobia</i>	274
<i>La homosexualidad y los medios de comunicación</i>	278
Estilos de vida	278
<i>Asumirse o salir del clóset</i>	279

HABLEMOS DE SEXO Guía para descubrirse como homosexual ante los amigos	282
<i>Relaciones homosexuales</i>	284
Movimiento por los derechos de los homosexuales	286



SEXO Y POLÍTICA Objetivos del movimiento en favor de los derechos de los homosexuales 287
El incidente de Stonewall y más allá 290
 Lecturas recomendadas 291
 Recursos 291
 Recursos en la Web 291

PARTE CUATRO

SEXUALIDAD Y CICLO DE VIDA

10 Anticoncepción 293

Perspectivas históricas y sociales 294
Anticoncepción en Estados Unidos 294
La anticoncepción como problema contemporáneo 295

SEXO Y POLÍTICA Cómo la política de extrema derecha en Estados Unidos niega los anticonceptivos a personas del mundo en desarrollo 297

Responsabilidad compartida y selección de un método de control natal 297
Cuestión de dos 297

SEXO Y POLÍTICA El poder de las políticas de provida contra la anticoncepción 298
Selección de un método de control natal 299

Actividad sexual sin coito 301

ANTE TODO, LA SALUD SEXUAL ¿Qué método anticonceptivo es mejor para usted? 304

Anticonceptivos hormonales 304
Anticonceptivos orales 304
Cómo trabajan los anticonceptivos orales 305
Anillo vaginal y parche transdérmico 307
Anticonceptivos inyectados 307
Implante anticonceptivo 307

Métodos de barrera y espermaticidas 307
Condomes 308

SEXO Y POLÍTICA Condomes: política de protección 309

HABLEMOS DE SEXO No salga sin su condón 311
Espermaticidas vaginales 312
Dispositivos de barrera cervical 313

Dispositivos intrauterinos 315
Cómo funciona el DIU 315

Anticoncepción de emergencia 316

Métodos de detección de fertilidad 317

SEXO Y POLÍTICA Oposición a la anticoncepción de emergencia 318
Método de días estándar 319
Método del moco 319
Método del calendario 320
Método de la temperatura corporal basal 320

Esterilización 320
Esterilización femenina 321
Esterilización masculina 322

Métodos menos efectivos 323
Amamantamiento 323
Interrupción del coito o coito interrumpido 323
Duchas 323

Nuevos derroteros en la anticoncepción 324
Nuevos caminos para los hombres 324
Nuevas direcciones para mujeres 325

Lecturas recomendadas 327
 Recursos en la Web 327

11 La concepción de los hijos: proceso y elección 329

La opción de ser padres 330

El embarazo 331
Incremento en la probabilidad de concepción 331
Infertilidad 332
Opciones reproductivas 334
Detección del embarazo 336

Aborto espontáneo y voluntario 337
Aborto espontáneo 337
Aborto voluntario 337

DE ACTUALIDAD Dilemas legales, éticos y personales de las tecnologías de reproducción asistida 338
Cómo deciden las mujeres 338
Responsabilidad compartida 340
Reacciones psicológicas hacia el aborto 340
Riesgo de embarazo y aborto 340
Procedimientos de aborto 341
Abortos ilegales 343
La controversia sobre el aborto 343

SEXO Y POLÍTICA Roe vs Wade y más allá 344
La experiencia del embarazo 347





La experiencia de la mujer 347

La experiencia del hombre 348

Interacción sexual durante el embarazo 348

Un embarazo saludable 349

Desarrollo fetal 349

Cuidado prenatal 351

Embarazo después de los 35 años 354

El parto 355

Parto contemporáneo 355

Etapas del parto 355

Después del parto 357

Amamantamiento 358

Interacción sexual después del parto 359

Lecturas recomendadas 361

Recursos 361

Recursos en la Web 361

12 La sexualidad en la infancia y la adolescencia 363

Comportamiento sexual durante la infancia y la niñez 364

Sexualidad en la infancia 364

Sexualidad en la niñez 365

INVESTIGACIONES SOBRE EL SEXO

Comportamiento sexual normativo en niños: un ejemplo contemporáneo 366

Los cambios físicos de la adolescencia 370

Comportamiento sexual durante la adolescencia 373

El doble estándar sexual 373

Masturbación 374

Expresión sexual sin coito 374

Relaciones sexuales permanentes 375

Relaciones sexuales (coito) 375

Homosexualidad 380

El efecto del VIH/sida en el comportamiento sexual de los adolescentes 382

Embarazo en la adolescencia 383

Consecuencias negativas del embarazo en adolescentes 383

Uso de anticonceptivos 384

Estrategias para reducir el embarazo en adolescentes 385

Educación sexual 386

Respuestas a las preguntas que hacen los niños acerca del sexo 387

Inicio de las conversaciones cuando los niños no hacen preguntas 388

Educación sexual escolar 389

SEXO Y POLÍTICA Educación sexual basada sólo en la abstinencia 390

Lecturas recomendadas 392

Recursos en la Web 392

13 Sexualidad en la edad adulta 394

Vida de soltero 395

Los solteros y la Internet 395

Cohabitación o concubinato 396

Similitudes y diferencias entre concubinato y matrimonio 397

El impacto de la cohabitación antes del matrimonio 397

Matrimonio 398

El matrimonio en culturas colectivistas e individualistas actuales 398

SEXO Y POLÍTICA Matrimonio en

crisis 399

El matrimonio en el mundo occidental 402

Matrimonio interracial 402

Expectativas y patrones maritales cambiantes 403

Predicción de la satisfacción marital 403

ANTE TODO, LA SALUD SEXUAL Conozca

a su pareja 405

Comportamiento y satisfacción sexual en el matrimonio 405

Relaciones extramaritales 406

Relaciones extramaritales consensuadas 407

SEXO Y POLÍTICA ¿Matrimonio legal para parejas del mismo sexo? 408

Relaciones extramaritales no consensuadas 411

Divorcio 414

Explicación de la alta tasa de divorcio 414

Razones que la gente da para divorciarse 415

Ajuste al divorcio o separación de relaciones duraderas 416

Sexualidad y envejecimiento 416

El doble estándar y la vejez 417

Actividad sexual en los últimos años 418

El último amor 421

Viudez 421

Lecturas recomendadas 423

Recursos en la Web 423

PARTE CINCO

PROBLEMAS SEXUALES

14 Dificultades sexuales y soluciones 425

ANTE TODO, LA SALUD SEXUAL Índice de satisfacción sexual 427

Dificultades sexuales específicas 428

Dificultades de la fase del deseo 428

Dificultades en la fase de orgasmo 430

Dispareunia 432

Orígenes de las dificultades sexuales 434

Factores fisiológicos 434

Influencias culturales 439

Factores individuales 441

Factores de la relación 445

Bases para la mejora sexual y la terapia sexual 447

Autoconciencia 447

Comunicación 447

Placereado 448

Sugerencias específicas para mujeres 450

Sugerencias específicas para hombres 452

Tratando la disfunción del deseo sexual bipoactivo 457

Buscar asistencia profesional 458

Lecturas recomendadas 461

Recursos 461

Recursos en la Web 461

15 Infecciones de transmisión sexual 463

Infecciones bacterianas 467

Infección de clamidia 467

HABLEMOS DE SEXO Cómo decirle a su pareja 468

Gonorrea 470

Uretritis no gonocócica 474

Sífilis 475

Infecciones virales 477

Herpes 477

Verrugas genitales 483

Hepatitis viral 486

Infecciones vaginales comunes 487

Vaginosis bacteriana 488

Candidiasis 489

Tricomoniasis 490

Infecciones por ectoparásitos 491

Piojos públicos 491

Sarna 492

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) 493

INVESTIGACIONES SOBRE EL SEXO La

circuncisión como estrategia para prevenir la infección del VIH 500

DE ACTUALIDAD Una píldora diaria para prevenir la infección del VIH 510

Como prevenir las enfermedades de transmisión sexual 511

Pautas para la prevención 511

Evalúe su estatus de riesgo y el de su pareja 511

SEXO Y POLÍTICA La política

estadounidense reduce la promoción del condón en África 514

DE ACTUALIDAD Una nueva esperanza para prevenir las ITS: la búsqueda de microbicidas vaginales efectivos 515

Lecturas recomendadas 521

Recursos 522

Recursos en la Web 522

PARTE SEIS

PROBLEMAS SOCIALES

16 Conducta sexual atípica 524

¿Qué constituye una conducta sexual atípica? 525

Parafilias no coercitivas y coercitivas 526

Parafilias no coercitivas 527

Fetichismo 527

Fetichismo travesti 528

Sadismo y masoquismo sexuales 529

Otras parafilias no coercitivas 532

Parafilias coercitivas 533

Exhibicionismo 533

Llamadas telefónicas obscenas 535

Voyeurismo 536

DE ACTUALIDAD Voyeurismo a través del video 537

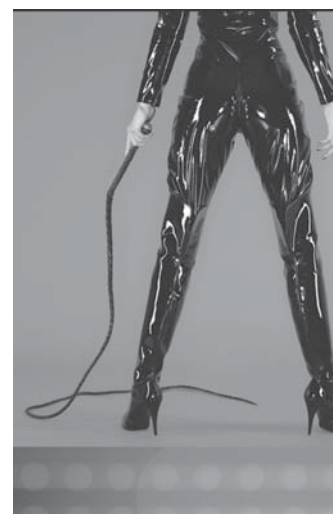
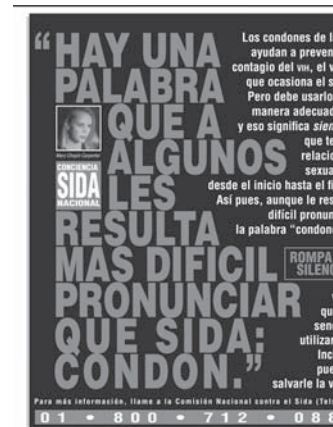
Otras parafilias coercitivas 537

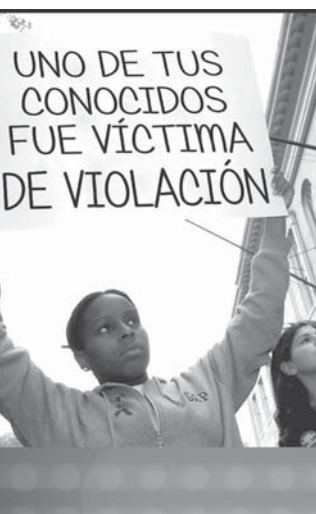
Adicción sexual: ¿mito, realidad o un simple término erróneo? 539

DE ACTUALIDAD Adicción y compulsividad en el cibersexo: ¿un desahogo inofensivo o una conducta sexual problemática? 541

Lecturas recomendadas 543

Recursos en la Web 543





17 Coerción sexual 544

Violación 545

- Prevalencia de la violación* 545
- Ideas falsas concernientes a la violación* 546
- Factores relacionados con la violación* 548
- Violación en tiempos de guerra* 553

ANTE TODO, LA SALUD SEXUAL Cómo prevenir la violación y el intento de violación 554

- Secuelas de la violación* 556
- Violación y agresión sexual contra varones* 557

HABLEMOS DE SEXO Cómo ayudar a una pareja o amiga a recuperarse de la violación 558

Abuso sexual contra los niños 560

- Características de quienes cometen abuso infantil* 562
- Prevalencia del abuso sexual infantil* 562
- Recuerdos del abuso sexual durante la niñez* 563
- Los pedófilos cibernéticos* 565
- Efectos del abuso sexual infantil* 566
- Prevención del abuso sexual infantil* 567
- Cuando un niño denuncia* 569

Acoso u hostigamiento sexual 569

- Tipos e incidencia del hostigamiento sexual en el trabajo* 571
- Hostigamiento sexual en ambientes académicos* 574

Lecturas recomendadas 577

Recursos 577

Recursos en la Web 577

18 Sexo a la venta 579

Pornografía 580

- Erótica* 580
- Variaciones de las películas pornográficas para heterosexuales, homosexuales y lesbianas* 581
- A cada quien lo suyo* 582
- Pornografía infantil* 582
- Reseña histórica* 583
- Libertad de expresión contra censura* 584

DE ACTUALIDAD La pornografía como crítica social 586

SEXO Y POLÍTICA Censura contemporánea y controversias sobre la libertad de expresión 587

La alianza entre tecnología y materiales sexuales explícitos 588

Materiales sexuales explícitos: ¿útiles o dañinos? 589

Prostitución y sexoservicio 590

Historia de la prostitución y del sexoservicio 590

Clientes de las trabajadoras sexuales 590

DE ACTUALIDAD La "pornificación" de la cultura norteamericana 591

Personas que practican la prostitución en edad adulta 592

Prostitución durante la adolescencia 593

Internet y trabajo sexual 594

Por qué hombres y mujeres se dedican a la prostitución 594

Los altos costos personales del trabajo sexual 594

Prostitución y VIH/sida 595

Aspectos legales de la prostitución 598

Lecturas recomendadas 599

Recursos en la Web 599

Glosario G1

Bibliografía B1

Índice onomástico A1

Índice analítico S1

► SEXO Y POLÍTICA

- La investigación del sexo acotada 37
- Si los vibradores son ilegales, sólo quienes violan la ley tendrán vibradores 244
- Objetivos del movimiento en favor de los derechos de los homosexuales 287
- Cómo la política de extrema derecha en Estados Unidos niega los anticonceptivos a personas del mundo en desarrollo 297
- El poder de las políticas de provida contra la anticoncepción 298
- Condomes: política de protección 309
- Oposición a la anticoncepción de emergencia 318
- Roe vs Wade* y más allá 344
- Educación sexual basada sólo en la abstinencia 390
- Matrimonio en crisis 399
- ¿Matrimonio legal para parejas del mismo sexo? 408
- La política estadounidense reduce la promoción del condón en África 514
- Censura contemporánea y controversias sobre la libertad de expresión 587

► HABLEMOS DE SEXO

- Una charla sobre sexo entre padre e hijo (hija) 3
- Comunicación respetuosa con un transexual o transgénero 71
- Cómo enfrentar al “monstruo de los ojos verdes” 204
- Guía para descubrirse como homosexual ante los amigos 282
- No salga sin su condón 311
- Cómo decirle a su pareja 468
- Cómo ayudar a una pareja o amiga a recuperarse de la violación 558

► INVESTIGACIONES SOBRE EL SEXO

- Monitoreo con resonancia magnética de la función cerebral durante la excitación sexual 158
- Monitoreo con resonancia magnética de los cambios genitales durante la excitación sexual 170

- Diferencias en el deseo de variedad sexual entre hombres y mujeres 209
- Influencias prenatales 268
- Comportamiento sexual normativo en niños: un ejemplo contemporáneo 366
- La circuncisión como estrategia para prevenir la infección del VIH 500

► DE ACTUALIDAD

- Estrategias de tratamiento para intersexuales: debate y controversias 68
- Agrandamiento del pene 137
- Excitación sexual con aerosol nasal 167
- Relaciones por Internet 219
- Dilemas legales, éticos y personales de las tecnologías de reproducción asistida 338
- Una píldora diaria para prevenir la infección del VIH 510
- Una nueva esperanza para prevenir las ITS: la búsqueda de microbicidas vaginales efectivos 515
- Voyeurismo a través del video 537
- Adicción y compulsividad en el cibersexo: ¿un desahogo inofensivo o una conducta sexual problemática? 541
- La pornografía como crítica social 586
- La “pornificación” de la cultura norteamericana 591

► ANTE TODO, LA SALUD SEXUAL

- Autoexploración de los genitales 90
- Ejercicios de Kegel 96
- Cómo explorarse los senos 117
- Autoexamen genital masculino 131
- ¿Qué método anticonceptivo es mejor para usted? 304
- Conozca a su pareja 405
- Índice de satisfacción sexual 427
- Cómo prevenir la violación y el intento de violación 554

Cobertura sobre orientación sexual

En el texto se abarcan todas las preferencias sexuales; sin embargo, el tema principal, orientación sexual, se destaca en las siguientes:

Capítulo 1. Perspectivas sobre la sexualidad

- Sexo con fines de procreación 9
- Actitudes medievales cristianas hacia el sexo como acto pecaminoso 11
- Cambios en las actitudes desde la década de 1960 al presente 17
- La comunidad LGBT en la Internet 22

Capítulo 2. La investigación acerca del sexo: métodos y problemas

- Hallazgos de los informes Kinsey 35
- Cabildeo de grupos conservadores contra la investigación sexual 37

Capítulo 3. Cuestiones de género

- Variabilidad en la identidad de género y orientación sexual 71
- Expectativas de los roles de género: su impacto en nuestra sexualidad 80

Capítulo 4. Anatomía y fisiología sexual de la mujer

- Actividad sexual y ciclo menstrual 104
- Necesidad de rutinas de detección del cáncer mamario en lesbianas 116-117

Capítulo 6. Excitación y respuesta sexual

- Respuesta del hipotálamo a las feromonas humanas 164

Capítulo 7. El amor y la comunicación en las relaciones íntimas

- ¿Heterosexuales, hombres homosexuales y lesbianas ven el amor y el sexo de forma distinta? 201

Capítulo 8. Conductas sexuales

- Fantasías eróticas 238
- Rango de comparación de la expresión sexual en las relaciones heterosexuales 248
- La expresión sexual en los homosexuales 251
- Las caricias en las relaciones de gays y lesbianas 249-257

Capítulo 9. Orientaciones sexuales

- Definiciones básicas 262
- Prevalencia de la homosexualidad 263
- Bisexualidad 263
- Teorías psicosociales sobre la orientación sexual 265
- Teorías biológicas sobre la orientación sexual 266
- Actitudes sociales 270
- Homofobia y crímenes de odio 275
- La homosexualidad y los medios de comunicación 278
- Estilos de vida 278
- Asumirse o salir del clóset 279
- Relaciones homosexuales 284
- Movimiento por los derechos de los homosexuales 286

Capítulo 11. La concepción de los hijos: proceso y elección

- Opciones reproductivas 334
- Actitudes de mujeres antiaborto contra la homosexualidad 346

Capítulo 12. La sexualidad en la infancia y la adolescencia

- Juegos sexuales durante la niñez 368
- Gays y lesbianas como “técnicamente vírgenes” 374
- Alianzas de gays en preparatorias 381
- Homosexualidad en la adolescencia 380

Capítulo 13. Sexualidad en la edad adulta

- Sociedades de convivencia 396
- Matrimonio legal para gays y lesbianas 408
- Relaciones homosexuales en los últimos años 420

Capítulo 14. Dificultades sexuales y soluciones

- Fingiendo orgasmos 432
- Abuso sexual en infantes 444
- Falta de satisfacción en relaciones heterosexuales debido a la orientación homosexual 446

Capítulo 15. Infecciones de transmisión sexual

- Resistencia de la gonorrea a los antibióticos entre homosexuales 473
- Aumento en la incidencia de sífilis entre los homosexuales 475

- Hombres homosexuales o bisexuales con alto riesgo de hepatitis A o B 486
- Transmisión del VIH por sexo oral en homosexuales 501
- Homosexuales resistentes al VIH 501
- Incremento de la participación en sexo riesgoso debido a la disponibilidad del tratamiento con HAART 506
- La falta de notificación del contagio del VIH a la pareja 517

Capítulo 16. Conducta sexual atípica

- Homosexuales que “van como reinas”: una forma de travestismo 528

Capítulo 17. Coerción sexual

- Violación y agresión sexual contra varones 557
- Hostigamiento sexual por personas del mismo sexo en el lugar de trabajo 572

Capítulo 18. Sexo a la venta

- Variaciones de las películas pornográficas para heterosexuales, homosexuales y lesbianas 581
- Prostitución en hombres homosexuales 593-594

Cobertura

sobre diversidad cultural

A lo largo del texto se comparan diversas culturas y algunos grupos étnicos de Norteamérica. Destacan los siguientes:

Capítulo 1. Perspectivas sobre la sexualidad

- Controversia y diversidad en la sexualidad humana 3
- La diversidad en Estados Unidos 4
- Perspectivas transculturales 7
- Influxo esclavizante de los roles sexuales sobre la sexualidad 14

Capítulo 2. La investigación acerca del sexo: métodos y problemas

- Sesgo demográfico en la investigación sexual por encuesta 34
- La muestra en los informes Kinsey 35
- La muestra en la Encuesta Nacional de Salud y Vida Social 36
- Hallazgos relevantes tomados de la NHLS 38
- Investigación del sexo en el ciberespacio 45

Capítulo 3. Cuestiones de género

- Estudio de Margaret Mead sobre los puntos de vista de género en tres sociedades de Nueva Guinea 66
- Variantes étnicas de los roles de género 75

Capítulo 4. Anatomía y fisiología sexual de la mujer

- Extirpación de los genitales femeninos 92
- Virginidad e himenoplastia 94
- Rituales y tradiciones por la menstruación en culturas no occidentales 101
- Rituales por la menstruación en culturas de Norteamérica 101
- Variaciones étnicas en los síntomas de la menopausia 107
- Variaciones étnicas en la tasa de incidencia del cáncer de mama 117

Capítulo 5. Anatomía y fisiología sexual masculinas

- Modificación de genitales masculinos: creencias y prácticas culturales 125
- Perspectivas culturales acerca del tamaño del pene 137
- Koro: síndrome de retracción genital 139
- Variaciones étnicas en la tasa del cáncer de próstata 143

Capítulo 6. Excitación y respuesta sexual

- Variaciones culturales en la excitación sexual 155

Capítulo 7. El amor y la comunicación en las relaciones íntimas

- La selección de pareja en las diferentes razas 193
- Estudio intercultural sobre elección del compañero 194-195
- Diferencias entre hombres y mujeres estadounidenses en las preferencias para la selección de pareja 196
- Estudio multicultural sobre las diferencias en el deseo de variedad sexual entre hombres y mujeres 209
- Variaciones étnicas en la comunicación íntima 210

Capítulo 8. Conductas sexuales

- Grupos étnicos y masturbación 244
- Prácticas y actitudes en torno al beso en sociedades no occidentales 249
- Sexo oral entre hombres y mujeres estadounidenses 253
- Coito al estilo tántrico 257

Capítulo 9. Orientaciones sexuales

- La homosexualidad desde una perspectiva multicultural 270
- La doble minoría: homosexualidad e identidad étnica 283

Capítulo 10. Dispositivos intrauterinos

- Influencia de la religión en las actitudes sobre anticoncepción 295-299
- Crecimiento de la población en países en desarrollo 297
- Patrones reproductivos entre grupos raciales en EUA 296
- Anticoncepción en Japón 298
- Acceso a los anticonceptivos de emergencia 318
- Esterilización forzada a los afroamericanos 320

Capítulo 11. La concepción de los hijos: proceso y elección

- Preselección del sexo del bebé: tecnología y perspectivas culturales 331
- Aborto voluntario en diferentes grupos religiosos 337
- Acceso al aborto legal para afroamericanas 345-346
- Tasa de comparación de cuidado prenatal y mortalidad infantil en EUA y otras naciones 352
- Tasa de amamantamiento entre diferentes grupos en EUA y otras naciones 358

Capítulo 12. La sexualidad en la infancia y la adolescencia

- Diversidad étnica estadounidense en la edad de la menarquia 371
- Diversidad étnica en las experiencias sexuales de los adolescentes estadounidenses 377
- Comportamiento sexual de los adolescentes en países desarrollados 377

Capítulo 13. Sexualidad en la edad adulta

- El matrimonio en culturas colectivistas e individualistas actuales 398
- Poligamia 400
- Amplio rango de preocupación en muchos países acerca del estatus y el papel del matrimonio 399
- Iniciativa para el matrimonio en la sociedad matriarcal de China 401
- Matrimonio interracial 402
- Actitudes hacia la sexualidad extramarital en diversas culturas 407
- Comparación global acerca de la sexualidad y la vejez 417

Capítulo 14. Dificultades sexuales y soluciones

- El doble estándar sexual en culturas dominadas por el hombre 439
- Alteraciones cosméticas comunes en mujeres de diversos países 443
- Cómo la moderna terapia sexual puede chocar con los valores culturales 449

Capítulo 15. Infecciones de transmisión sexual

- Prevalencia del tracoma en Asia y África 469
- ITS en China: una epidemia que resurge 470-471
- El origen del sida en chimpancés de África central y sudoccidental 493
- Incidencia global del sida 494
- Incidencia global del VIH/sida en grupos minoritarios étnicos y raciales de EUA 495
- Incidencia global del VIH/sida entre mujeres 495-496
- Sida en África 496
- Reducido número de infectados con VIH/sida en África, donde la circuncisión es común 500
- Aumento del VIH/sida en África, Asia y el Caribe 504
- Transmisión de VIH/sida de madre a hijo en países pobres 506-507
- La política estadounidense reduce la promoción del condón en África 514

Capítulo 17. Coerción sexual

- Variación en la frecuencia de reportes de violación en diferentes grupos étnicos 550
- Violación en tiempos de guerra 553
- Castigo infligido a víctimas de violación en diferentes grupos culturales 556

Capítulo 18. Sexo a la venta

- Explotación mundial en la Web de mujeres y niños en relación con la prostitución 595
- Prostitución legal en diversos países 598

La obra de *Nuestra sexualidad*, ahora en su décima edición, ofrece a los estudiantes una introducción a la sexualidad humana. Hemos procurado hacerla interesante y práctica tanto desde el punto de vista académico como político. En ella se integran muy bien los aspectos biológico, psicológico, conductual, político y cultural que son propios del tema. Ello explica el excelente recibimiento que ha tenido en las ediciones anteriores.

► Novedades de esta edición

Esta edición abre brecha entre los libros sobre la sexualidad humana: es el primero en proporcionar una cobertura muy completa en torno al influjo de lo sexual y lo político. Los expertos en sexología se han ido interesando cada día más en el impacto —a veces negativo— que la política tiene en la sexualidad humana. Estamos convencidos de que reconocer ese influjo forma parte esencial de la educación que se imparte en los cursos de esta materia. De ahí que hayamos incorporado en los recuadros uno nuevo titulado **Sexo y política**. Con ello queremos ampliar el conocimiento de la influencia de los grupos y organismos gubernamentales en este ámbito. Incluimos, pues, varios temas en que ambos aspectos se combinan.

1. Los esfuerzos de grupos bien organizados y de políticos que han impedido importantes investigaciones sobre la sexualidad humana.
2. Estados de la unión americana donde se han aprobado leyes que prohíben la venta de vibradores.
3. Aumento del financiamiento federal a la educación sexual basada exclusivamente en la continencia. Ello a pesar de haberse comprobado que una educación sexual global previene con mayor eficacia el embarazo no deseado y el contagio de enfermedades de transmisión sexual.
4. La controversia acerca de si las lesbianas, los homosexuales, los bisexuales y quienes cambian de sexo poseen los mismos derechos civiles que los transexuales.
5. Las decisiones, en su momento, del presidente George W. Bush de congelar los fondos autorizados por el Congreso para los servicios de maternidad y salud infantil en los países subdesarrollados.

6. La política estadounidense de ignorar los resultados de la investigación en salud pública, lo cual se refleja en una menor promoción del condón para prevenir el VIH/sida en África.

Esas cuestiones tan decisivas y las fuerzas políticas que afectan sus resultados se explican en los recuadros de **Sexo y política** que el lector encontrará a lo largo del libro. El icono que aparece en el margen alude al material expuesto en el texto.

- Otra novedad incluida en esta edición es el concepto de **inteligencia sexual**, que se introduce en el capítulo 1 y se integra en otros capítulos donde se ha estimado que es pertinente. La inteligencia sexual consta de cuatro elementos: conocimiento de la propia sexualidad, habilidades sexuales interpersonales e integridad; información sexual verídica basada en los hechos, y conocimiento del papel que la política desempeña en varias áreas de la sexualidad. Hemos procurado ayudar a los profesores de los cursos de sexualidad humana a acrecentar la inteligencia sexual entre sus estudiantes.
- La presente edición se ve enriquecida con una rigurosa actualización del contenido, combinada con una notable **reducción de la extensión del texto**. Por una parte, explicamos los temas esenciales con suficiente profundidad; por otra, la reducción facilitará el acceso al material.
- Se agregan más de **1 000 citas nuevas**, reflejo de investigaciones recientes, en su mayor parte tomadas de estudios efectuados en los dos últimos años.
- Varias **explicaciones de la sexualidad y la diversidad** se agregaron a lo largo del texto sobre temas como los siguientes: crisis del matrimonio en el ámbito mundial, datos internacionales sobre la conducta sexual de los adolescentes y la cultura china de Mosuo, donde sólo las mujeres pueden iniciar las relaciones íntimas. Muchos otros contenidos de la sección de sexualidad y diversidad se revisaron, se ampliaron y actualizaron en esta edición.
- En todos los capítulos se incluyó abundante **información muy actualizada**. A continuación describimos una muestra importante de esto.

Capítulo 1. Perspectivas sobre la sexualidad

- Explicación de la definición de “inteligencia sexual”.
- Análisis sobre el uso de la “cláusula de conciencia” entre los farmacéuticos cuando surten recetas con anticonceptivos.
- Mayor información sobre el islamismo.
- Consecuencias sexuales de la apertura de China al mundo occidental.
- Datos actualizados referentes a los medios de comunicación y la sexualidad.
- Información reciente acerca de la sexualidad y la tecnología inalámbrica.
- Situación legal de las conductas sexuales no procreativas.
- Decisiones de la Suprema Corte de Estados Unidos que afectan la anticoncepción y el aborto.

Capítulo 2. La investigación acerca del sexo: métodos y problemas

- Nuevo recuadro de sexo y política: “Investigación del sexo acotada”.
- Nuevos ejemplos de investigación con muestras aleatorias y representativas.
- Revisión y actualización a fondo de la sección “Investigación del sexo en el ciberespacio”.

Capítulo 3. Cuestiones de género

- Nueva información sobre una sociedad con igualdad de género en la isla Vanatinai, en la primera sección del capítulo.
- Discusión mejorada y actualizada del tema “Diferenciación sexual del cerebro”.
- Reorganización y actualización del tema “Trastornos que afectan los procesos hormonales prenatales”.
- Se agrega la explicación de un segundo estudio de gemelos en torno a los accidentes de la circuncisión, con un resultado diferente al del famoso caso John/Joan del Johns Hopkins.
- Puesta al día de la sección “Roles de género”.
- Actualización sobre el tema del impacto de la televisión en los estereotipos de los papeles sexuales.

Capítulo 4. Anatomía y fisiología sexual de la mujer

- Información reciente sobre las alteraciones de la vulva por remoción del vello púbico, cirugía plástica y perforaciones en diversas áreas.
- Intentos legales internacionales para erradicar la mutilación de los genitales femeninos.

- Información enriquecida y condensada referente a la fisiología de la menstruación.
- Datos actualizados sobre la terapia hormonal después de la menopausia.
- Interpretación de los resultados de la investigación de la Women’s Health Initiative.
- Información y estadísticas actualizadas acerca del cáncer mamario.

Capítulo 5. Anatomía y fisiología sexual masculina

- Reescritura y actualización del tema de la “Circuncisión”.
- Incorporación de información nueva sobre el cáncer de próstata; se incluyen las investigaciones más recientes y se omiten dos recuadros de la edición anterior (Prueba de antígeno específico de la próstata y tratamiento del cáncer de próstata).
- Revisión del recuadro De actualidad: “Agrandamiento del pene”.

Capítulo 6. Excitación y respuesta sexual

- Nuevo recuadro de Investigaciones sobre el sexo: “Monitoreo con resonancia magnética de la función del cerebro durante la excitación sexual”.
- Actualización del contenido sobre feromonas con los hallazgos más recientes de la investigación.
- Nuevo recuadro De actualidad: “Excitación sexual con aerosol nasal” (análisis de la bremelanotida, llamada también PT-141).
- Reorganización y actualización a fondo de la sección “Respuesta sexual”.
- Revisión del recuadro Investigaciones sobre el sexo: “Monitoreo con resonancia magnética de los cambios genitales durante la excitación sexual”.

Capítulo 7. El amor y la comunicación en las relaciones íntimas

- En este capítulo se introdujeron importantes modificaciones y se combinó el material de los capítulos 7 y 8 de la edición anterior.
- A la sección “La química del amor” se le agregó información de un importante experimento reciente sobre el estudio de los niveles de dopamina en el cerebro mediante resonancia magnética.
- En la sección “¿Cuál es la relación entre amor y sexo?” se agregó una explicación sobre “conquistas” y “relaciones de amigos con derechos”.
- En el recuadro De actualidad se incluyó el tema “Relaciones por Internet”.

- Se actualizó y se abrevió considerablemente el tópico de la comunicación sexual, principalmente con una renovación selectiva de numerosos archivos del autor y otros ejemplos referentes a las estrategias de comunicación en la pareja.

Capítulo 8. Conductas sexuales

- En el recuadro Sexo y política se incorporó el tema: “Si los vibradores son ilegales, sólo quienes violen la ley tendrán vibradores”.
- Datos recientes acerca de los sueños eróticos.
- Tecnología para compartir las fantasías sexuales.
- Nueva tabla con indicadores sobre la frecuencia de la masturbación entre universitarios.
- Descripción de la nueva tecnología en el campo de los juguetes sexuales.
- Cambios en el significado y la función del sexo oral en la expresión erótica.
- Índices mundiales del coito anal.
- Dibujos nuevos que describen las conductas sexuales.

Capítulo 9. Orientaciones sexuales

- Nuevo recuadro de Sexo y política: “Objetivos del movimiento en favor de los derechos de los homosexuales”.
- Características de la Generación “Q”.
- Condiciones especiales de la bisexualidad en mujeres de todo el mundo.
- Aumento del índice de bisexualidad entre las mujeres.
- Varones homosexuales casados en China.
- Nueva sección dedicada a la asexualidad.
- Estados de la unión americana con leyes no discriminatorias de la orientación sexual.
- Información actualizada sobre la discriminación frente a la aceptación de la homosexualidad en el ámbito mundial.
- Activismo contra los homosexuales por parte de líderes religiosos.
- Nuevas estadísticas sobre familias de homosexuales y lesbianas con hijos.
- Información al día sobre la homosexualidad y los medios de comunicación.
- Mejoramiento de los beneficios destinados a las sociedades de convivencia y protección contra la discriminación en el lugar de trabajo.
- Consecuencias de la política “no preguntes, no digas” para las tropas de homosexuales y lesbianas estacionadas en Irak.
- Resultados actualizados de las encuestas concernientes a la actitud hacia la homosexualidad.

Capítulo 10. Anticoncepción

- Exposición renovada sobre las ventajas de la anticoncepción.
- Cuatro nuevos recuadros de Sexo y política: “El poder de las políticas de provida contra la anticoncepción”, “Cómo la política de extrema derecha en Estados Unidos niega los anticonceptivos a personas del mundo en desarrollo”, “Condomes: política de protección” y “Oposición a la anticoncepción de emergencia”.
- Impacto del movimiento provida contrario a la anticoncepción mediante el acceso al control natal en Estados Unidos y en el resto del mundo.
- Impacto de la administración de George Bush en los índices de mortalidad materno-infantil en el mundo subdesarrollado.
- Revisión de tablas que describen las ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos.
- Activismo de grupos provida contra el uso del condón en Estados Unidos y África.
- Información y estadísticas recientes acerca del uso del dispositivo intrauterino en Estados Unidos y en el resto del mundo.
- Nuevas tablas de anticonceptivos orales que pueden emplearse en casos de emergencia.
- Explicación del acceso global a los anticonceptivos de emergencia, así como de un programa que promueve esta medida y que fue preparado por la American College of Obstetricians and Gynecologists.
- Nuevas directrices de las pruebas de fertilidad posvasectomía.
- Actualización sobre la píldora y la inyección anticonceptivas.
- Vacuna anticonceptiva sin hormonas para las mujeres.

Capítulo 11. La concepción de los hijos: proceso y elección

- Nuevo recuadro de Sexo y política: *Roe vs Wade* y más allá.
- Estadísticas del número de adultos sin hijos.
- Información actualizada sobre las actitudes de los norteamericanos ante la procreación.
- Costos financieros y sexuales de la selección de sexo.
- Exposición actualizada de la infertilidad; entre otras cosas, ignorancia del tema y ventajas maritales de la información.
- Investigación reciente acerca de la relación entre edad de la mujer e infertilidad.
- Información actualizada sobre las tecnologías de reproducción asistida.
- Análisis de la relación entre el nivel socioeconómico y el acceso a la anticoncepción y al aborto médico.
- Cómo otros países disminuyen el índice de abortos.

- Información reciente acerca de los riesgos y eficacia de los métodos de aborto médico.
- Restricciones actuales del Estado al aborto legal y su situación jurídica en la gestación avanzada.
- Índice de mortalidad de la mujer debido a los abortos ilegales.
- Características de los servicios sociales en estados de la unión americana que tienen las restricciones más rigurosas respecto del aborto.
- Creencias religiosas e ideas de los individuos partidarios de provida o de la prodecisión.
- Embarazo y depresión.
- Riesgo de morir en el embarazo o en el parto en África y Asia.
- Aumento del embarazo en las mujeres mayores de 45 años.
- Sección sobre cesárea: controversia e indicaciones.

Capítulo 12. La sexualidad en la infancia y la adolescencia

- Nuevo recuadro de Sexo y política: “Educación sexual basada sólo en la abstinencia”.
- Nueva exposición referente a Sexualidad y diversidad: “Comportamiento sexual de adolescentes en países desarrollados”.
- Resultados recientes de la investigación dedicada al sexo oral entre adolescentes.
- Material actualizado sobre el coito en la adolescencia, con los datos más recientes de la investigación.
- Reescritura y puesta al día de gran parte de la sección “Embarazo en la adolescencia”.

Capítulo 13. Sexualidad en la edad adulta

- Dos nuevos recuadros de Sexo y política: “Matrimonio en crisis” y “¿Matrimonio legal para personas del mismo sexo?”.
- Estadísticas recientes acerca del estatus marital.
- Información actualizada relativa a la escolaridad de las mujeres y su probabilidad de casarse.
- Datos sobre el uso de los sitios de citas amorosas por Internet entre adultos solteros.
- Nueva información referente a la cohabitación.
- Gobiernos que ofrecen incentivos a las parejas para que procreen más hijos.
- Causas y consecuencias de los mayores índices de nacimiento de varones en China e India.
- Esfuerzos de los países subdesarrollados por disminuir los nacimientos entre mujeres menores de 13 años.
- Ampliación de la sección dedicada a la poligamia.

- Nuevo recuadro de Sexualidad y diversidad: “Donde las mujeres escogen”, que describe la iniciación en las relaciones sexuales por parte de mujeres mosuo en China.
- Exposición modificada de las ventajas del matrimonio.
- Análisis actualizado del impacto que el nacimiento de un niño tiene en la satisfacción conyugal.
- Actitudes ante el matrimonio de personas del mismo sexo y países donde se permite la unión legal o civil de este tipo de parejas.
- Leyes estatales de la unión americana concernientes al matrimonio o unión civil entre personas del mismo sexo.
- Explicación de la controversia en torno a los intentos por prohibir en Estados Unidos el matrimonio entre personas del mismo sexo.
- Castigo a las mujeres en Pakistán por practicar relaciones extramaritales.
- Ampliación de la información sobre el impacto de las relaciones extramaritales y las características de los matrimonios infieles.
- Encuesta sobre los índices del sexo extramarital en el ámbito mundial.
- Relaciones extramaritales e Internet.
- Estadísticas al día del divorcio y relación entre la escolaridad y los índices de separación conyugal.
- Adultos mayores, noviazgo y participación en el sexo sin protección.

Capítulo 14 Problemas y soluciones sexuales

- En este capítulo se hizo la más completa actualización y se combinaron los materiales de los capítulos 15 y 16 de la edición anterior.
- Nueva definición de *salud sexual*.
- Impacto de los problemas sexuales en el bienestar y en la satisfacción con la vida.
- Porcentaje de varones con problemas de erección que eyaculan rápidamente.
- El papel de la adecuada estimulación física y psicológica en la definición de un trastorno sexual, e inexistencia de una distinción clara entre “normal” y “trastorno”.
- Nuevos criterios para diagnosticar el trastorno del deseo sexual hipoactivo.
- Porcentaje promedio de hombres y mujeres de todo el mundo que desean el sexo con mayor frecuencia.
- Ampliación de las categorías de disfunción de la excitación sexual en la mujer y de la definición de *trastorno de la excitación femenina*.
- Incorporación de contenidos sobre el trastorno de la excitación sexual persistente.

- Porcentaje de mujeres que mencionan como problema la ausencia de orgasmo durante el coito.
- Características de la excitación sexual en varones con problemas de eyaculación prematura.
- Evento precipitante del vaginismo primario.
- Variaciones de la sensibilidad a la estimulación que incluye orgasmos prematuros y excitación de la mujer.
- Nueva sección sobre hábitos saludables y funcionamiento sexual.
- Trastorno eréctil como predictor de hipertensión, cardiopatía y diabetes.
- Porcentaje de personas con lesiones de médula espinal que experimentan excitación y orgasmo.
- Tomografía del cerebro e identificación de la vía del nervio vago en el orgasmo.
- Investigación global que revela un nexo entre igualdad de roles sexuales y satisfacción sexual.
- Diferencias varón/mujer en la probabilidad de distracción por ansiedad de desempeño durante las relaciones sexuales.
- Impacto del Viagra en la autoestima de los varones y la satisfacción sexual de las parejas.
- Influencia de los medios de comunicación en la satisfacción de los varones con su complejidad.
- Satisfacción de hombres y mujeres con el tamaño del pene.
- Características de la masculinidad apreciadas por los varones.
- Nuevo recuadro de Sexo y diversidad: “Sufriendo por la belleza”.
- Consecuencias sexuales de las adolescentes que tienen sexo no deseado.
- Papel de los patrones atípicos de masturbación en la inhibición eyaculatoria y en el orgasmo de la mujer con una pareja.
- Nuevos medicamentos en estudio para la eyaculación rápida, y el poco deseo y excitación por parte de la mujer.
- Nuevo material sobre las vacunas contra el *virus del papiloma humano*.
- Exposición de los últimos avances de un programa de prevención de VIH/sida en Kenia, financiado en parte con las regalías de este libro.
- Nuevo recuadro de Investigaciones sobre el sexo: “La circuncisión como estrategia para prevenir la infección del VIH”.
- Actualizaciones referentes a la terapia antirretroviral de gran actividad para el VIH/sida; entre otras cosas, la reciente disponibilidad de un medicamento de una sola píldora una vez al día.
- Datos recientes sobre los intentos de reducir la transmisión del VIH en las naciones subdesarrolladas.
- Nuevo material dedicado a la profilaxis posexposición: el uso de antirretrovirales para prevenir la infección por VIH tras una exposición no prevista.
- Explicación de la profilaxis preexposición para prevenir la infección por VIH en el nuevo recuadro De actualidad: “Una píldora diaria para prevenir la infección del VIH”.
- La investigación más actual dedicada a los microbicidas vaginales.
- Explicación sobre el advenimiento de sitios web en San Francisco y Los Ángeles para comunicar a la pareja (parejas) el posible riesgo al contagio de enfermedades de transmisión sexual.

Capítulo 15. Infecciones de transmisión sexual

- Nuevo recuadro de Sexo y política: “La política estadounidense reduce la promoción del condón en África”.
- Revisión general del capítulo con una cobertura actualizada de muchas secciones.
- Datos más recientes sobre los avances, la incidencia y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.
- Nueva información sobre la resistencia de la gonorrea a los antibióticos.
- Datos que muestran una mayor incidencia de sífilis entre varones que tienen sexo con varones.

Capítulo 16. Conducta sexual atípica

- Nueva información sobre el influjo de Internet en la conducta sadomasoquista.
- Explicación de un estudio reciente de zoofilia.
- Exposición actualizada sobre la adicción sexual.
- Revisión a fondo del recuadro De actualidad: “Adicción y compulsividad en el cibersexo: ¿un desahogo inofensivo o conducta sexual problemática?”
- Importante revisión y actualización del recuadro De actualidad: “Voyeurismo a través del video”.

Capítulo 17. Coerción sexual

- Estadísticas revisadas sobre la frecuencia de la violación.
- Exposición actualizada sobre la coerción sexual en las citas de novios.
- Nueva información referente a las drogas para violar al novio o a la novia.
- Ampliación del tema de la violación en tiempo de guerra para incluir las experiencias de Sudán y Congo.
- Hallazgos más recientes acerca de la violación y la agresión sexual por parte de varones.
- Información revisada y actualizada sobre el abuso sexual de niños.

- Estadísticas al día sobre la incidencia del acoso sexual en el lugar de trabajo.
- Avances recientes sobre el tema del acoso sexual en ámbitos académicos; entre otras cosas, decisiones de los tribunales para que las instituciones educativas pueden ser responsables de negligencia en las demandas por acoso sexual.

Capítulo 18. Sexo a la venta

- Nuevo recuadro de Sexo y política: “Censura contemporánea y controversias sobre la libertad de expresión”.
- Información reciente sobre la pornografía infantil.
- Adolescentes y pornografía por la Web.
- Investigación que indica una disminución de las violaciones sexuales al aumentar el uso de Internet.
- Incremento de los juicios de indecencia promovidos por la Federal Communications Commission.
- Aumento en el uso público de los medios sexualmente explícitos.
- Información reciente sobre los efectos positivos y negativos de la pornografía.
- Integración de los contenidos de clasificación X a la tecnología móvil inalámbrica.
- Nuevo recuadro De actualidad: “La pornificación de la cultura norteamericana”.
- “Cultura de lo lascivo” y modelos de papeles eróticos femeninos.
- Porcentaje de varones que han pagado por sexo.
- Turismo sexual femenino.
- Porcentaje de sexoservidores y sexoservidoras que desean abandonar la “profesión”.
- Nuevos datos de un estudio sobre la prostitución en nueve países.
- Porcentaje de sexoservidores y sexoservidoras menores de 18 años.
- Aumento del trabajo sexual facilitado por Internet.
- Ingreso generado por el sexoservicio.
- Necesidad financiera como motivación decisiva para dedicarse al trabajo sexual.
- Antecedentes de abuso sexual infantil y sexoservidores.
- Síndrome de estrés postraumático y trabajo sexual.
- Incentivos financieros para que los trabajadores del sexo tengan relaciones seguras.
- Impacto de la ocupación militar de Iraq y tráfico del sexo.
- Falta de apoyo de Estados Unidos a las medidas anti-tráfico.
- Despenalización de la prostitución.
- Mito del trabajo sexual como un crimen sin víctimas.

❶ Características que se conservan en esta edición

- **Un enfoque personal.** Los lectores han respondido favorablemente a nuestra intención de hacer humano y personal el tema de la sexualidad. En esta edición se conservaron y fortalecieron los elementos que contribuyen a ese objetivo; se amplió la cobertura del efecto que las decisiones y políticas de gobierno tienen en el individuo y en los grupos.
- **Archivos del autor.** Uno de los aspectos de mayor aceptación consiste en incorporar voces de personas reales, usando para ello los archivos del autor. Esas citas —tomadas de experiencias y observaciones de estudiantes, clientes y colegas— están integradas al texto y se destacan por medio de una pantalla azul. Los capítulos inician con una cita tomada de los archivos que explica un punto importante de los conceptos contenidos en él.
- **Perspectiva abierta.** Siguiendo nuestro enfoque personal, hemos evitado una actitud rígida en la mayor parte de los temas del texto. Procuramos presentar la información en forma incluyente, no sexista y de forma objetiva; así el lector será quien juzgue lo que es válido y aplicable en su vida.
- **Orientación psicosocial.** Nos concentramos en la función que los factores psicológicos y sociales cumplen en la expresión sexual, reflejando así nuestra convicción de que la sexualidad humana se rige más por factores psicológicos que biológicos. Proporcionamos al lector una base sólida al describir la anatomía y fisiología de la sexualidad humana y las nuevas investigaciones sobre la interacción de la biología, la psicología y al aprendizaje social.
- **Preguntas para ejercitar el pensamiento crítico.** Aparecen al margen, y algunas fueron incorporadas en esta edición. Su objetivo es ayudar al estudiante a aplicar su conocimiento y experiencia, al mismo tiempo que adquiere una visión personal sobre los temas abordados. Estas preguntas lo estimulan para que se detenga y reflexione sobre lo que lee, a fin de facilitar el procesamiento de la información y el aprendizaje en un nivel superior.
- **Investigaciones de interés especial.** Son recuadros que resumen los estudios más importantes, como los de “Monitoreo con resonancia magnética de los cambios genitales durante la excitación sexual”, “Diferencias en el deseo de variedad sexual entre hombres y mujeres” y “La circuncisión como estrategia para prevenir la infección del VIH”.

- **De un vistazo.** Son tablas que ofrecen información importante en forma resumida. Por ejemplo, algunas describen los factores de la diferenciación sexual prenatal tanto típica como atípica, los aspectos a considerar cuando se elige un método de control natal y las enfermedades comunes de transmisión sexual.
- **Recursos didácticos.** Las personas aprenden de distintas maneras. Por ello presentamos estos recursos para que el estudiante vaya usando los que prefiera. Los capítulos inician con un **esquema** de los principales encabezados y con **preguntas preliminares del capítulo** que centran la atención en los temas medulares. Los **conceptos básicos** se imprimieron en negritas dentro del texto. Un **glosario de capítulo** colocado al margen es una herramienta muy útil de aprendizaje. Los capítulos terminan con un **resumen** esquemático para facilitar la consulta, con **lecturas recomendadas** y **recursos en la Web**, ambos con sus respectivos comentarios. Al final del libro se incluyen un **glosario general** y una **bibliografía** muy completa.

► Organización

El libro se estructura en torno a una secuencia lógica de temas. En la **parte 1 (Introducción)** comenzamos con el legado sociocultural de la sexualidad en la socie-

dad. Luego explicamos cómo se efectúa la investigación sexual y los problemas que plantea obtener información en esta área tan delicada de la conducta humana. Concluimos la primera unidad con un examen detallado sobre varias cuestiones de género.

En los tres capítulos de la **parte 2 (Base biológica)** presentamos los fundamentos biológicos de la sexualidad; en capítulos individuales estudiamos la sexualidad del varón y la de la mujer, e integramos en un solo capítulo los patrones de respuesta y excitación sexual.

En la **parte 3 (Conductas sexuales)** abordamos varias cuestiones en torno a las relaciones y las conductas sexuales.

En la **parte 4 (Sexualidad y ciclo vital)** explicamos la anticoncepción, el embarazo y todo lo relativo a la sexualidad a lo largo de las etapas de la vida.

En dos capítulos de la **parte 5 (Problemas sexuales)** se examinan los conflictos sexuales y su tratamiento terapéutico, así como una exposición muy completa sobre las enfermedades de transmisión sexual.

La última sección, **parte 6 (Problemas sociales)**, es una exposición sobre la sexualidad atípica, la coerción sexual, la pornografía y la prostitución.

Material suplementario. Pregunte a su representante sobre el material de apoyo (en inglés) que está disponible en su localidad.

La calidad y longevidad de este libro se deben a talentos e ingenios que no son exclusivos de los autores. Un testimonio de especial gratitud al personal de Wadsworth, a los revisores y a nuestros alumnos que han contribuido muchísimo al éxito de la obra.

Un reconocimiento especial a los revisores y a quienes colaboraron en la preparación de esta edición. En las siguientes páginas se cita a los profesores y asesores especializados que generosamente aportaron sus conocimientos en varias etapas de la actualización de esta edición y de las anteriores en inglés, sobre todo a Jim Strandberg, quien aportó talento y claridad a los nuevos recuadros de Sexo y política.

Agradecemos a todos los miembros de un personal tan profesional, competente y servicial como el de Wadsworth, que contribuyeron a esta edición y a las anteriores, pero en particular a Kirk Bomont —editor de Desarrollo—, quien trabajó incansablemente para asegurarse de que esta edición fuera la mejor publicada hasta la fecha. Su ojo clínico para los detalles y su análisis minucioso del contenido la enriqueció muchísimo. Atendiendo a nuestro deseo de reducir la extensión de la obra, ofreció sugerencias útiles para reorganizar y actualizar el contenido. Nuestra editora patrocinadora, Marianne Taflinger, volvió a demostrar los beneficios de su gran experiencia en un proyecto de tal magnitud. Su capacidad para resolver creativamente los problemas fue valiosísima al llevar a feliz término el proyecto. Las asistentes editoriales Lucy Faridany y Rachel Guzman se encargaron con mucho profesionalismo de los incontables detalles. Mary Noel, editora de Producción, manejó con eficiencia y competencia el programa de producción, a veces tan complicado y caótico. Bernon Boes

ayudó con mucho entusiasmo al diseñador gráfico Adam Miller a crear el tono y el contenido de los 12 dibujos enteramente nuevos sobre la conducta y la interacción sexual. Junto con Liz Harasymczuk, cumplió de manera admirable con la ardua tarea de diseñar y ordenar los elementos tipográficos. Magnolia Molcan supervisó muy bien la preparación de los materiales auxiliares y contribuyó a hacer de CengageNow un producto con excelentes recursos, desde el paquete Virtual Safer Sex hasta los juguetes sexuales. Varios profesionales independientes aportaron su talento en diversas etapas del proceso. Sami Tucker, asistente de investigación, demostró de nuevo que sus servicios son imprescindibles para nosotros y para darle solidez académica al libro. La gran actualidad de esta edición es fruto principalmente de su exhaustiva consulta de las revistas en una amplia gama de disciplinas. Justin y Jim Hicks nos brindaron su generosa colaboración para acelerar la revisión. Mandy Hetrick, de Lachina Publishing Services, realizó el trabajo de producción con un admirable profesionalismo. Un agradecimiento también a Robert Green, quien corrigió los originales, y al investigador de las fotos Eric Schrader, gracias a cuyos esfuerzos ese material es el mejor de las ediciones hasta la fecha.

Un magnífico equipo de marketing de Wadsworth impulsó esta revisión con verdadero profesionalismo. Un agradecimiento especial a nuestra directora de esa área, Kim Russell, y a Natasha Coats, asistente del mismo departamento.

Por último, nuestra gratitud también a los numerosos revisores que nos ofrecieron sus conocimientos, apoyo e ideas a lo largo de la preparación de la obra:

Elizabeth Calamidas
Richard Stockton College

Mary Devitt
Jamestown College

Ann Stidham
Presbyterian College

Theodore Wagenaar
Miami University

Linda Zaitchik
Newbury College

También queremos recordar con gratitud a los revisores de las nueve ediciones anteriores:

Daniel Adame
Emory University

Sylvester Allred
Northern Arizona University

Malinde Althaus
University of Minnesota

Linda Anderson
University of North Carolina

Veanne Anderson
Indiana State University

Wayne Anderson
University of Missouri, Columbia

Ann Auleb
San Francisco State University

Janice Baldwin
University of California-Santa Barbara

Tommy Begay
University of Arizona

Jim Belcher
Valencia Community College

Betty Sue Benison
Texas Christian University

M. Betsy Bergen
Kansas State University

Thomas E. Billimek
San Antonio College

Linda Bilsborough
California State University-Chico

Jane Blackwell
Washington State University

John Blakemore
Monterey Peninsula College

Marvin J. Branstrom
Cañada College

Tom Britton, M.D.
Planned Parenthood, Portland, Oregon

Elizabeth Calamidas
Richard Stockton College

Anthony Cantrell
University of Colorado

Charles Carroll
Ball State University

Nick Chittester
Washington State University

Joan Cirone
California Polytechnic State University

Bruce Clear
The First Unitarian Church, Portland

David R. Cleveland
Honolulu Community College

Gretchen Clum
University of Missouri, St. Louis

Rosemary Cogan
Texas Tech University

Ellen Cole
Alaska Pacific University

Jeff Cornelius
New Mexico State University

Laurel Cox
Ventura College

John Creech
Collin Community College, Preston
Ridge Campus

Susan Dalterio
University of Texas, San Antonio

Joseph Darden
Kean College

Deborah Davis
University of Nevada, Reno

Brenda M. DeVellis
University of North Carolina

Lewis Diana
Virginia Commonwealth University

Richard Dienstbier
University of Nebraska-Lincoln

Mary Doyle
Arizona State University

Beverly Drinnin
Des Moines Area Community College

Judy Drolet
Southern Illinois University,
Carbondale

Andrea Parrot Eggleston
Cornell University

John P. Elia
San Francisco State University

Carol Ellison
Clinical Psychologist

Karen Eso
Bakersfield College

Peter Fabian
Edgewood College

April Few
Virginia Poly and State University

Catherine Fitchen
Dawson College

Karen Lee Fontaine
Purdue University, Calumet

Rod Fowers
Highline Community College

Lin S. Fox
Kean College of New Jersey

Gene Fulton
University of Toledo

David W. Gallagher
Pima Community College

Carol Galletly
Ohio State University

Kenneth George
University of Pennsylvania

David A. Gershaw
Arizona Western College

Glen G. Gilbert
Portland State University

Brian A. Gladue
University of Cincinnati

Mike Godsey
College of Marin

Gordon Hammerle
Adrian College

Debra Hansen
College of the Sequoias

Stephen Harmon
University of Utah

Claudette Hastie-Beahrs
Clinical Social Worker

Pearl A. Hawe
New Mexico State University

Bob Hensley
Iowa State University

Graham Higgs
Columbia College

Timothy Hulsey
Southwest Texas State University

Rosemary Iconis
York College

Barbara Ilardi
University of Rochester

Thomas Johns
American River College

David Johnson
Portland State University

James A. Johnson
Sam Houston State University

Kathleen Kendall-Tackett
University of New Hampshire

Al Kielwasser
San Francisco State

Sally Klein
Dutchess Community College

Peggy Kleinplatz
University of Ottawa

Patricia B. Koch
Pennsylvania State University

Kris Koehne
University of Tennessee

Robin Kowalski
Western Carolina University

Virginia Kreisworth
San Diego State University

Eric Krenz
California State University-Fresno

Vickie Krenz
California State University-Fresno

Lauren Kuhn
Portland Community College

Luciana Lagana
California State University-Northridge

Miriam LeGare
California State University-Sacramento

Sandra Leiblum
University of Medicine and Dentistry/
Robert Wood Johnson

Sanford Lopater
Christopher Newport University

Joseph LoPiccolo
University of Missouri

Laura Madson
New Mexico State University

Peter Maneno
Normandale College

Milton Mankoff
Queens College

Christel J. Manning
Hollins College

Jerald J. Marshall
University of Central Florida

Rhonda Martin
University of Tulsa

Donald Matlosz
California State University-Fresno

Leslie McBride
Portland State University

Deborah McDonald
New Mexico State University

Sue McKenzie
Dawson College

Brian McNaught
Gloucester, Massachusetts

Gilbert Meyer
Illinois Valley Community College

Deborah Miller
College of Charleston

John Money
Johns Hopkins University

Denis Moore
Honolulu Metropolitan Community
Church

Charlene Muehlenhard
University of Kansas

Louis Munch
Ithaca College

Ronald Murdoff
San Joaquin Delta College

Kay Murphy
Oklahoma State University

James Nash
California Polytechnic State University

Jean L. Nash
Family Nurse Practitioner, Portland,
Oregon

Teri Nicoll-Johnson
Modesto Junior College

William O'Donohue
University of Nevada, Reno

Roberta Ogletree
Southern Illinois University,
Carbondale

Shirley Ogletree
Texas State University-San Marcos

Al Ono, M.D.
Obstetrician/Gynecologist

D. Kim Openshaw
Utah State University

Bruce Palmer
Washington State University

Monroe Pasternak
Diablo Valley College

Calvin D. Payne
University of Arizona

J. Mark Perrin
University of Wisconsin, River Falls

John W. Petras
Central Michigan University

Valerie Pinhas
Nassau Community College

Ollie Pocs
Illinois State University

Robert Pollack
University of Georgia

Benjamin G. Rader
University of Nebraska, Lincoln

Patty Reagan
University of Utah

Deborah Richardson
University of Georgia

Barbara Rienzo
University of Florida

Barbara Safriet
Lewis and Clark Law School

Nancy Salisbury, M.D.
Portland, Oregon

Sadie Sanders
University of Florida

Marga Sarriugarte
Portland Rape Victim Advocate Project

Dan Schrinsky, M.D.
Portland, Oregon

Cynthia Schuetz
San Francisco State University

Lois Shofer
Essex Community College

Jennifer Siciliani
University of Missouri-St. Louis

Sherman K. Sowby
California State University-Fresno

Lee Spencer
Arizona State University

Susan Sprecher
Illinois State University

Howard Starr
Austin College

Wendy Stock
Texas A&M University

Diana Taylor
Oregon Health Sciences University

Veronica Tonay
University of California-Santa Cruz

Perry Treadwell
Decatur, Georgia

Thomas Tutko
San Jose State University

James E. Urban
Kansas State University

Robert Valois
University of South Carolina

Jaye F. Van Kirk
San Diego Mesa College

Peter Vennewitz
Portland Planned Parenthood

Margaret Vernallis
California State University, Northridge

John P. Vincent
University of Houston

Laurie Volm
Lake Grove Women's Clinic, Tualatin,
Oregon

David Ward
Arkansas Tech

Mary Ann Watson
Metropolitan State College of Denver

Paul Weikert
Grand Valley State University

Marianne Whatley
University of Wisconsin-Madison

Josephine Wilson
Wittenberg University

David Winchester, M.D.
Urologist

Deborah R. Winters
New Mexico State University

Michelle Wolf
San Francisco State

William Yarber
Indiana University

Por último, deseamos agradecer a nuestra familia y amigos, quienes una vez más enfrentaron la nada envidiable tarea de que todo marchara bien mientras nosotros nos sumergíamos (a veces un poco malhumorados) en la preparación del original. Estamos en deuda con ellos por su paciencia, comprensión, apoyo y aliento.

Robert Crooks
Karla Baur

A lo largo del libro estudiamos las actitudes, ideales y conductas sexuales del pasado y del momento actual. Ponemos de relieve las semejanzas y diferencias en el mundo occidental y en otras regiones del orbe, resaltando las controversias en torno a los temas sexuales.

Representa un verdadero reto abrirse paso a través de las perspectivas tan complejas y antagónicas de la sexualidad humana. Nos gustaría por ello iniciar el libro como una norma unificadora con la *Declaración de los Derechos Sexuales* adoptada por la Asociación Mundial de Sexología.*

La sexualidad forma parte de la personalidad de los seres humanos. Su desarrollo total se basa en la satisfacción de necesidades básicas como el deseo de contacto, la intimidad, la expresión de las emociones, el placer, la ternura y el amor.

La sexualidad se crea mediante la interacción entre el individuo y las estructuras sociales. Su desarrollo pleno es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social.

Los derechos sexuales son derechos humanos universales que se basan en la libertad, la dignidad e igualdad de todos. Por ser la salud un derecho fundamental, la salud sexual constituye un derecho básico. A fin de garantizar que todas las personas y sociedades alcancen un desarrollo sano en este aspecto, los siguientes derechos han de reconocerse, promoverse, respetarse y defenderse por todos los medios en las sociedades.

La salud sexual es resultado de un entorno que reconoce, respeta y pone en práctica los siguientes derechos:

1. **El derecho a la libertad sexual.** Este tipo de libertad incluye la posibilidad de expresar la totalidad del potencial sexual. Pero quedan excluidos todo tipo de coerción, explotación y abuso en cualquier momento y situación.
2. **El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexual del cuerpo.** Entraña la capacidad de tomar decisiones independientes sobre la vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social. Abarca también el derecho a controlar y disfrutar el propio cuerpo sin tortura, mutilación ni violencia de cualquier género.
3. **El derecho a la privacidad sexual.** Designa el derecho a tomar decisiones y a realizar conductas libres a condición de no violentar los derechos sexuales de otros.
4. **El derecho a la equidad sexual.** Indica la ausencia de cualquier tipo de discriminación sin importar el sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o incapacidad física o emocional.
5. **El derecho al placer sexual.** Este placer, incluido el autoerotismo, se considera una fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
6. **El derecho a la expresión sexual de las emociones.** La expresión sexual es algo más que el mero placer erótico o un acto sexual. Los individuos tienen el derecho de manifestar su sexualidad a través de la comunicación, el tacto, la expresión de las emociones y el amor.
7. **El derecho a asociarse sexualmente con entera libertad.** Es decir, la posibilidad de contraer matrimonio o no, de divorciarse y establecer otras formas de unión sexual responsable.
8. **El derecho a tomar decisiones libres y responsables respecto de la reproducción.** Este derecho abarca el de decidir procrear o no, el de elegir el número y el espaciamiento de los hijos, y el de tener total acceso a los medios para regular la fertilidad.
9. **El derecho a obtener información sexual basada en investigaciones científicas.** Este derecho supone que la información ha de generarse mediante un proceso de investigación libre y a la vez ética, y que se difundirá en todos los niveles sociales por las vías apropiadas.
10. **El derecho a una educación sexual exhaustiva.** Este es un proceso de toda la vida, desde el nacimiento hasta el ciclo vital, y todas las instituciones deberían impartirla.
11. **El derecho a la atención médica sexual.** La atención ha de estar disponible para prevenir y tratar todos los trastornos y problemas sexuales.

* Originalmente emitida en el decimotercer Congreso Mundial de Sexología, 1997, celebrado en Valencia, España. La revisó y aprobó la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (AMS) el 26 de agosto de 1999, durante el decimocuarto congreso realizado en Hong Kong y la República Popular de China. Declaración reimpressa con autorización.

Perspectivas sobre la sexualidad



- **Controversia y diversidad en la sexualidad humana**
¿Por qué los autores quieren ofrecer en este libro un enfoque global de *Nuestra sexualidad*?
- **La diversidad en Estados Unidos**
¿Qué factores contribuyen a la diversidad y semejanza de las actitudes y conductas sexuales en Estados Unidos?
- **Un enfoque psicosocial**
¿Por qué los autores enfatizan la perspectiva psicosocial en *Nuestra sexualidad*?
- **Perspectivas transculturales**
¿Cómo se han ido modificando con el tiempo las normas sexuales en Medio Oriente y en China?
- **La herencia cultural occidental: sexo con fines de procreación y roles sexuales rígidos**
¿Qué importancia tienen en la actualidad los temas históricos relacionados con el sexo sólo con fines de procreación, así como los roles sexuales del hombre y la mujer?
- **La sexualidad en el mundo occidental: una reseña histórica**
¿De qué manera se ha desarrollado el legado cultural referente al sexo para la procreación, así como las normas sexuales rígidas en la historia del mundo occidental?
¿Qué avances científicos notables han contribuido a separar el placer sexual de la reproducción?
- **Los medios y la sexualidad**
¿De qué manera los medios masivos de comunicación han reflejado e influido en las normas sexuales de la sociedad?
¿Cuáles son los elementos que distinguen la sexualidad por Internet con respecto a otros medios de comunicación?
- **La sexualidad: donde lo personal es político**
¿En qué forma puede ser “político” algo tan personal como la sexualidad?

Ojalá hubiera estudiado este curso y leído este libro cuando era más joven. Podría haberme ahorrado algo de sufrimiento innecesario. Me habría sentido menos confuso en lo referente a la sexualidad y habría tomado, con mayor seguridad, decisiones que fueran más benéficas para mí. (Archivo de los autores de este libro).

Inteligencia sexual

Incluye: el conocimiento de sí mismo, habilidades sexuales interpersonales, conocimiento científico y consideración del contexto cultural de la sexualidad.



Sexo y política



Rob Kim/Landov

En septiembre de 2002 fue inaugurado el Museo del Sexo en la ciudad de Nueva York, con una exhibición dedicada a la historia del sexo en esa urbe. La misión del museo consiste en preservar y presentar la historia y el valor cultural de la sexualidad humana.

Las múltiples dimensiones de la sexualidad nos afectan a lo largo de la vida y, al menos en parte, la mayoría de los estudiantes toma este curso para conocerse mejor a sí mismos y poder tener una relación sexual sana. El conocimiento de uno mismo en este campo, así como el poseer tanto integridad como destreza sexual interpersonal son dos características que consideramos que forman parte de la **inteligencia sexual**, y estas capacidades nos ayudan a adoptar decisiones responsables respecto de nuestra conducta sexual con base en nuestros valores personales.

La inteligencia sexual no se logra sin un conocimiento científico preciso acerca de la sexualidad. La sexología es una disciplina relativamente reciente. No obstante, los grandes avances en los conocimientos fundamentados en la investigación durante el último siglo nos permiten saber, por ejemplo, lo que ocurre en nuestro cuerpo durante la excitación sexual y cómo aumentar el placer, los componentes biológicos de la orientación en este campo y la manera óptima de protegerse contra las infecciones de transmisión sexual.

El cuarto elemento de la inteligencia sexual es un análisis crítico de los contextos culturales, políticos y legales relacionados con los temas sexuales. La frase “lo personal es político” es muy adecuada cuando se habla de sexualidad. Por ejemplo, el

conflicto entre el derecho de la mujer a pedir que le surtan una receta médica y las creencias religiosas de los farmacéuticos ha ido agravándose. Algunos de ellos han desobedecido las instrucciones del médico al negarse a surtir las recetas para el control de la natalidad y la anticoncepción de emergencia. También se rehúsan a remitir a la paciente a otra farmacia o no le devuelven la receta (Johnsen, 2005). Muchas organizaciones “pro-vida” elogian estos impedimentos de los farmacéuticos a las decisiones anticonceptivas de otras personas, por considerarlos actos virtuosos de conciencia. En Estados Unidos, el acceso de las mujeres al control de la natalidad mediante esos recursos queda sujeto a una “cláusula de conciencia” incluida en las leyes vigentes en el estado donde ellas viven. En algunos estados existen leyes que prohíben a los farmacéuticos negarse a surtir las recetas, mientras que en otros estas objeciones son perfectamente legales (Sonfield, 2004).

Al momento de escribir este libro, los miembros de los dos partidos en Estados Unidos han propuesto la Ley de Acceso a Productos Farmacéuticos Legales para garantizar a las mujeres que las recetas les sean surtidas. Ahora el farmacéutico, a pesar de sus motivos religiosos, está obligado a enviar a las pacientes a otra farmacia que las atienda (Epstein, 2005). Sin embargo, en el Congreso los líderes de las organizaciones pro-

vida están bloqueando la votación de la ley a pesar de que, en opinión de 80% de los adultos norteamericanos, los farmacéuticos que se oponen al control de la natalidad no deberían negarse a surtir una receta. Dichos líderes de oposición proponen que cada estado determine si dicha negativa es legal (*CBS News* y Encuesta del *New York Times*, 2004). ■

A lo largo del libro le brindamos a usted, lector, oportunidades para que reafirme y cultive los cuatro aspectos de la inteligencia sexual, convencidos como estamos de que el verdadero experto en su sexualidad es *usted*. Le damos la bienvenida a este libro y a sus clases de sexualidad humana.

Una charla sobre sexo entre padre e hijo (hija)

Si usted desea saber más acerca de cuáles son sus actitudes y experiencias frente a la sexualidad, le aconsejamos que pregunte a sus padres respecto de sus experiencias y creencias.

“¿Qué? ¿Hablar con *mis* padres acerca del sexo?!?”

Las siguientes ideas y recomendaciones harán que esto sea menos aterrador.

“Pero mi madre y mi padre *nunca* contestarán mis preguntas acerca del sexo.”

Quizá le sorprenda descubrir que ellos muestren gran apertura ante su interés. Con frecuencia, los padres de familia contestan las preguntas de sus hijos. Además, primero tantee el terreno: comience con una pregunta inocente y, si responden con una contestación directa o indirecta de “No quiero hablar de eso”, interrumpa la charla y cambie de tema.

El primer paso es seleccionar al interlocutor.* Posiblemente sea más cómodo comenzar con un abuelo u otro pariente y no con su padre o su madre. Elija un momento en el que no tengan prisa, y un lugar privado. (Otra opción: utilice el correo electrónico, una llamada telefónica o una carta, y quizás encuentre que varias conversaciones breves son mejor para usted.) Una manera de iniciar la conversación sería esta: “Este semestre voy a tomar un curso de sexualidad humana y me gustaría saber si recibiste educación sexual en la escuela.” Ahora que ha *roto el hielo*, si ha tenido una buena recepción, podrá hacer preguntas concretas acerca de la educación sexual de su interlocutor. Asegúrese de alentar una mayor apertura tras cada pregunta, sin apresurarse a pasar a la siguiente: “¿Qué aprendiste en la escuela sobre el sexo?, ¿qué aprendiste fuera de la escuela, de tus amigos, de tus padres o de libros?, ¿qué religión te enseñaron?, ¿qué tipo de información poco confiable obtuviste sobre el sexo?, ¿qué te gustaría que te hubieran dicho?”

Si todo marcha sobre ruedas, podría adoptar un tono más personal: “¿Qué sensación te produjo tu cuerpo al pasar de la niñez a la adolescencia?, ¿con qué rapidez maduraste en



Universal/The Kobal Collection

Las escenas de la “charla de sexo” entre padre e hijo en la película *American Pie* reflejan la incomodidad que padres e hijos sienten al tratar el tema de la sexualidad.

comparación con tus compañeros de clase?, ¿sabías qué era la menstruación/eyaculación antes de tener una?, ¿de quién te enamoraste por primera vez?, ¿qué sabes ahora que te hubiera gustado saber de niño?, ¿qué piensas que fue lo más fácil —y lo más difícil— acerca de la sexualidad para tu generación en comparación con la mía?

Si la charla llega a este punto, seguramente conocerá mejor los aspectos importantes de la vida de su interlocutor y confiamos que de la suya. ¿Y ahora, quién es el siguiente?

* No elija un interlocutor si considera que la persona no tiene una excelente disposición.

❶ Controversia y diversidad en la sexualidad humana

Pocos temas producen tanto interés y provocan tanto placer e inquietud como la expresión y el control de la sexualidad humana. En una clase de sexualidad, los estudiantes representan un conjunto heterogéneo de edades, orígenes étnicos y formaciones religiosas, vivencias y actitudes liberales y conservadoras. Sus experiencias sexuales son muy diversas: la mayoría las ha tenido exclusivamente con el otro sexo*, mientras que algunos buscan relaciones con miembros del mismo sexo e incluso otros las buscan con ambos sexos. Hay estudiantes que no han tenido una pareja sexual, mientras que otros han tenido muchas; algunos tuvieron solamente una y otros han tenido una pareja a largo plazo y se han casado. Las decisiones y experiencias sexuales de los

* Empleamos la expresión *otro sexo* en vez de *sexo opuesto* para subrayar que los hombres y las mujeres tienen más puntos en común que diferencias.

estudiantes muestran gran variedad en el grado de placer o angustia que acompaña cada situación. Prácticamente, no existen principios universales en lo que respecta a las actitudes y experiencias sexuales. Teniendo esto en cuenta, hemos procurado ofrecer una filosofía global e inclusiva en nuestro libro. Comenzaremos este primer capítulo con un panorama general de la diversidad en Estados Unidos.

► La diversidad en Estados Unidos



Margaret Cho —una cómica norteamericana de origen coreano que trabaja por su cuenta— destruye en su acto los estereotipos de la mujer asiática sumisa y callada. Aborda gustosa temas provocativos como la bisexualidad, lo que sucedería si los varones menstruaran y la necesidad de estimulación erótica para tener un orgasmo.

Nuestra sexualidad explora las actitudes y conductas sexuales de las personas en muchos lugares del mundo, incluyendo Estados Unidos. En este país se observa una amplia gama de valores y conductas sexuales como resultado de la llegada de inmigrantes de muchos grupos étnicos y religiosos que se han establecido allí (South-Paul, 2003). Un grupo étnico por lo general comparte una ascendencia histórica común, así como una religión y lenguaje (Simon, 2006). Además, cabe señalar que se presenta cierta fluidez en su interior. La escolaridad y el nivel socioeconómico tienen una influencia decisiva sobre las actitudes y conductas sexuales. Por ejemplo, las personas con mayor escolaridad se masturban con mayor frecuencia que las de escolaridad menor (Kinsey y colaboradores, 1948; Michael y colaboradores, 1994). Otra diferencia se relaciona con el sexo oral, que suele darse con más frecuencia entre los jóvenes universitarios norteamericanos de raza blanca que entre los afroamericanos e individuos de nivel educativo más bajo (Michael y colaboradores, 1994).

Debe enfatizarse que las diferencias entre grupos son generalizaciones, no verdades universales; incluso al interior de los mismos se observa una gran diversidad (Agbayani-Siewert, 2004). Por ejemplo, entre los norteamericanos de origen asiático se incluyen descendientes de trabajadores chinos traídos a Estados Unidos en el siglo xix para construir vías férreas, refugiados de las guerras de Vietnam y Corea e inmigrantes de Hong Kong, Japón y las islas del Pacífico, así como de otras regiones de Asia (Brotto y colaboradores, 2005). Asimismo, los musulmanes norteamericanos provienen de más de 60 países, mientras que la población hispana ha llegado desde unos 22 países. Muchos de los subgrupos de esos núcleos se consideran culturalmente distintos entre sí (Acosta-Belen y Bose, 2003; Hodge, 2005). Sin embargo, pese a las diferencias al interior de los mismos, cuando un investigador busca patrones comunes emergen algunas desigualdades entre ellos. Por ejemplo, los norteamericanos de origen asiático, *en general*, tienden a tener menos relaciones sexuales premaritales que los hispanos, los afroamericanos o los norteamericanos de ascendencia europea (Cochran y colaboradores, 1991). *En términos generales*, la cultura hispana permite la exploración sexual en el caso de los varones, pero concede un gran valor a la castidad prematrimonial de la mujer (Comas-Díaz y Greene, 1994).

El grado de *aculturación* —la sustitución de las creencias y los patrones tradicionales de conducta por aquellos de la subcultura dominante— ocasiona diferencias al interior de las subculturas. Los inmigrantes recientes suelen estar más ligados a los valores de su lugar de origen, mientras que los individuos cuya familia lleva varias generaciones viviendo en Estados Unidos están más asimilados a la cultura de este país (Barkley y Mosher, 1995). Películas como *My Big Fat Greek Wedding*, *American Desi* y *Monsoon Wedding* describen los conflictos que pueden surgir entre las familias de emigrantes cuando la generación más joven se americaniza.

Un factor que diluye las diferencias entre los grupos étnicos es que una proporción significativa y cada vez mayor de la población norteamericana es *multirracial*: algunos estadounidenses descienden de dos o más grupos étnicos. Tanto la raza como

la etnia raras veces son clasificaciones simples y no superpuestas. “Los habitantes de todo el mundo presentan diversos grados de mestizaje, sobre todo en Estados Unidos... No hay manera de observar a alguien y determinar exactamente su origen racial” (Wyatt, 1997, p. xv). El mestizaje o mezcla entre las etnias seguirá aumentando en Estados Unidos debido a los noviazgos entre jóvenes de diverso origen étnico. Casi 25% de los adolescentes tiene parejas de otros grupos raciales (Ford y colaboradores, 2002).

Las actitudes y conductas sexuales varían considerablemente incluso dentro de un mismo grupo religioso. Por ejemplo, aunque el papa Juan Pablo II mantuvo la doctrina de la Iglesia católica tradicional que condena cualquier actividad sexual que excluya la procreación, los católicos norteamericanos no comparten la doctrina en temas tan diversos como anticoncepción, aborto y homosexualidad. De hecho, 70% de los católicos practicantes en Estados Unidos piensa que el Papa debería permitirles utilizar los dispositivos de control natal (Miller y Dickey, 2005). Los judíos ortodoxos tienen opiniones mucho más conservadoras respecto de la sexualidad y los roles sexuales que las que sostienen los judíos reformistas. Por ejemplo, los primeros prohíben el sexo durante la menstruación, mientras que los segundos admiten las preferencias individuales. Respecto de la sexualidad, los cristianos fundamentalistas que interpretan la Biblia de manera literal sostienen opiniones sobre la sexualidad muy diferentes a los cristianos que no la interpretan así (Ostling, 2000). Por ejemplo, los fundamentalistas sostienen que el sexo prematrimonial es pecaminoso y se oponen al control natal, en tanto que los liberales buscan ante todo el afecto en una relación y admiten que la anticoncepción puede favorecer la intimidad sexual.

Los fundamentalistas —tanto cristianos como musulmanes o judíos— muestran actitudes más intolerantes hacia la conducta y los roles sexuales de hombres y mujeres que los liberales (Sullivan, 2006). Los investigadores descubrieron que desde “Afganistán hasta Arkansas... la subordinación de la mujer es a menudo un objetivo... importante” (Phillips, 2006, p. 370). La prioridad de los fundamentalistas es imponer su concepto de verdad en un mundo plural y diverso (White, 2006). Durante los últimos 10 años los fundamentalistas extremos de esas religiones han proliferado y se han vuelto activistas políticos en los conflictos relacionados con cuestiones y roles sexuales (Carter, 2005; Phillips, 2006). ■

Estas diferencias y similitudes en las creencias, valores y conductas sexuales forman parte del enfoque *psicosocial* de este libro.



➤ Un enfoque psicosocial

Este libro ofrece un enfoque **psicosocial** que refleja nuestra convicción de que los factores psicológicos (emociones, actitudes, motivaciones) y el condicionamiento social (el proceso que nos permite aprender las expectativas y normas de nuestro grupo social) inciden decisivamente en las actitudes, valores y conductas sexuales. También se ocupa de los factores biológicos fundamentales de la sexualidad humana, incluyendo la función de las hormonas y del sistema nervioso, los componentes biológicos de la orientación sexual, las teorías acerca de la intervención de la selección genética a través de miles de años de evolución humana y el impacto de variables genéticas específicas sobre un individuo. El término *biopsicosocial* indica la integración de las tres dimensiones.

No siempre nos percatamos de hasta dónde la sociedad en general y los grupos sociales a los que pertenecemos moldean nuestras actitudes y conductas sexuales (Laumann, 1994). A menudo las formas tan sutiles con que aprendemos las expectativas de la sociedad relacionadas con la sexualidad nos hacen suponer que nuestra conducta y sentimientos son innatos o naturales. Pero al examinar la sexualidad en otras épocas de la historia del mundo occidental o en otras sociedades (o incluso en otros grupos étnicos, socioeconómicos o de edad de nuestra propia sociedad) descubrimos una amplia gama de conductas aceptables. Lo que consideramos natural es, sin duda, relativo.

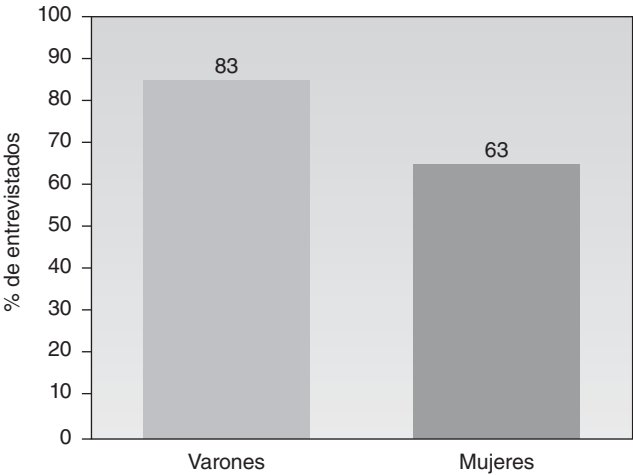
Psicosocial Designa una combinación de factores psicológicos y sociales

La diversidad de la expresión sexual en el mundo tiende a enmascarar una generalización fundamental aplicable a cualquier orden social sin excepción: todas las sociedades tienen normas que controlan la práctica de este comportamiento. “Todas las sociedades moldean, estructuran y restringen el desarrollo y la expresión de la sexualidad entre sus miembros” (Beach, 1978, p. 116). Además, la gente en todo el mundo asegura que el sexo es importante en todos los aspectos de su vida, como vemos en la **figura 1.1**.

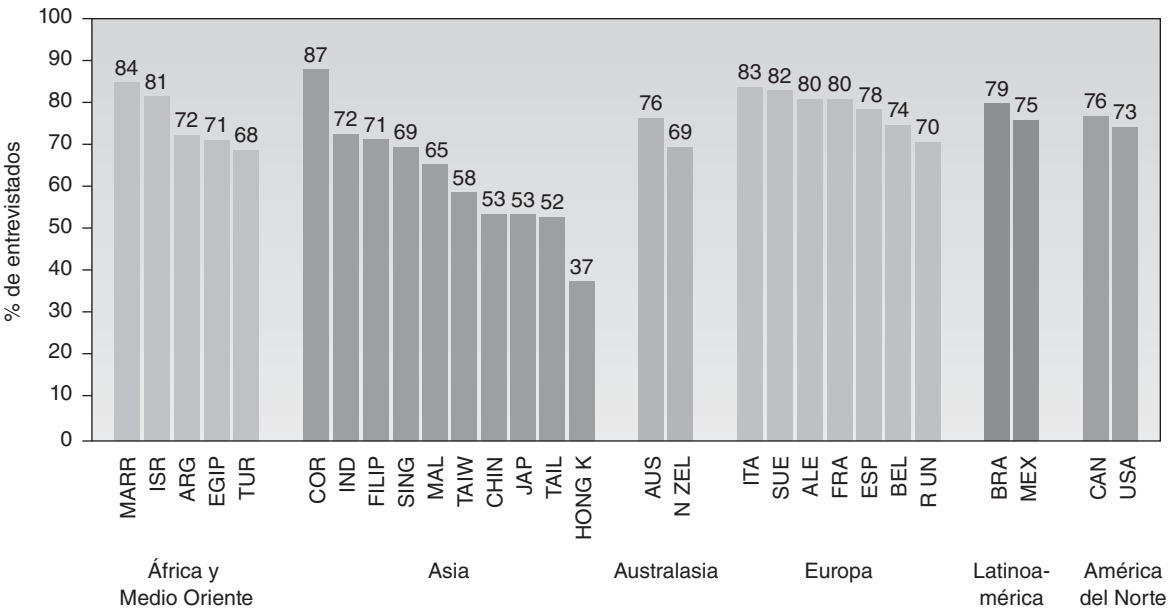
Será más fácil entender y tomar decisiones sobre nuestra sexualidad si conocemos la influencia de la cultura y de la experiencia individual. Por lo tanto, en este libro se hará énfasis en los aspectos psicosociales de la sexualidad humana.

Figura 1.1 Estudio global de actitudes y conductas sexuales realizado por Pfizer: ¿Es importante el sexo en su vida? En el estudio se entrevistó a más de 26 000 personas de 28 países.

(a) Porcentaje de varones y mujeres para quienes el sexo era muy/ extrema/ moderadamente importante en su vida.



(b) Porcentaje de habitantes de cada país para quienes el sexo era muy/ extrema/ moderadamente importante.



Fuente: Figura adaptada de “Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors”, financiada por Pfizer, Inc. Copyright 2002 Pfizer, Inc.

► Perspectivas transculturales

Para profundizar un poco en la relatividad cultural, hablaremos de la sexualidad en el Medio Oriente islámico y en China.

El Medio Oriente islámico

El islam es la religión de crecimiento mundial más acelerado, y a sus adeptos se les conoce como *musulmanes*. Es una religión que predomina en el Medio Oriente, pero también está presente en otras partes del mundo: una quinta parte de la población mundial es musulmana y se estima que entre 4 y 6 millones viven en Estados Unidos (Hodge, 2005). Los musulmanes siguen la doctrina del profeta Mahoma (c. 570-632 d.C.) registrada en el Corán, su libro sagrado. Mahoma se oponía a las relaciones sexuales antes del matrimonio, pero para él, el sexo entre las parejas casadas era lo más noble de la vida, y tanto el hombre como la mujer debían gozarlo por igual; aconsejaba a los esposos actuar “despacio y sin prisas” (Abbott, 2000). Se consideraba que las mujeres eran seres intrínsecamente sexuales. Su yerno proclamaba: “Dios Todopoderoso dividió el deseo sexual en diez partes y luego dio nueve de ellas a la mujer y una al hombre.” Según el Corán, ambos deben ser modestos en público y usar ropa holgada que les cubra todo el cuerpo. Se dice que una mujer vestida así es como “una perla en una concha” (Jehl, 1998).

Antes del advenimiento del islamismo, la *poligamia* (tener varias esposas al mismo tiempo) era una práctica común. Gracias a ella las viudas tuvieron marido y los huérfanos, un padre, cuando la guerra originó un número mucho mayor de mujeres que de varones. El Corán no prohibió después la poligamia: permite al hombre tener hasta cuatro esposas, con la única condición de que las trate bien.

El Corán contiene múltiples pasajes que concilian su doctrina con los derechos de la mujer, el pluralismo religioso y la homosexualidad; los musulmanes moderados no están de acuerdo con los prejuicios de los fundamentalistas radicales (Manji, 2006). La opresión de la mujer y muchas de las restricciones y castigos extremos de carácter sexual no nacen de la religión ni del Corán, sino de las tradiciones culturales patriarcales del Medio Oriente y del surgimiento de sectas fundamentalistas (Ebadi, 2006; Hays, 2004). Un ejemplo: cuando los musulmanes fundamentalistas exigen mutilar los genitales de las niñas, insisten en que la mujer lleve en público ropa que la cubra totalmente o aprueban “matar para limpiar la honra” (asesinar a aquella que haya “deshonrado” a su marido y a su familia por haber sido violada o haber tenido sexo fuera del matrimonio) no están basándose su libro sagrado (Chigbo, 2003; Power, 1998a).

La ira de los musulmanes contra la invasión y ocupación de Irak ordenada por la administración Bush propició el crecimiento y fortaleza de los fundamentalistas radicales, quienes condenan la homosexualidad. Los homosexuales de Irak eran tolerados bajo el régimen de Saddam Hussein. Sin embargo, tras su caída, los líderes fundamentalistas piden que se les encuentre y se les mate (Ireland, 2006a; Lisotta, 2006). Más aún, el presidente iraní elegido en 2005 se basó en una plataforma de “limpieza ética”. Fue puesta en práctica por la policía religiosa que atrapaba tanto a homosexuales como a lesbianas para torturarlos y después ejecutarlos en público, ahorcándolos o apedreándolos (Ireland, 2006b). ■



Sexo y política



© Khaled Al-Hariri/Reuters/Landov



David Turnley/corbis

En la fotografía de la parte superior vemos a *Fulla*, muñeca que reemplazó a *Barbie* en muchas jugueterías del Medio Oriente, debido al reciente crecimiento del fundamentalismo religioso. Los comerciales de la televisión la muestran orando antes del amanecer con su manto de color rosa, vestida con una túnica negra y una pañoleta sobre su alfombra rosa. En la fotografía de la parte inferior vemos a una joven pareja de Arabia Saudita.

China

En la historia antigua de este país abundan la literatura y el arte eróticos. De hecho, los primeros manuales de sexo conocidos se remontan al año 2500 antes de la era cristiana y representan técnicas eróticas y gran variedad de posiciones. En la China antigua, el taoísmo (que surgió hacia el siglo II a.C.) fomentaba la actividad sexual —sexo oral, contactos sensuales y el coito— para impulsar el crecimiento espiritual y la armonía, además de la procreación (Brotto y colaboradores, 2005). Según se creía, la unión de hombre y mujer durante la relación íntima combinaba las energías antagónicas de la mujer (yin) y del varón (yang), equilibrando así las esencias de ambos. Se alentaba al hombre a eyacular pocas veces para conservar su energía yang; el orgasmo de la mujer le ayudaba a generar más de la codiciada energía yin.

Esas actitudes taoístas liberales fueron reemplazadas por un código sexual mucho más estricto que surgió durante el renacimiento del confucionismo hacia el año 1000. El conservadurismo sexual se fortaleció todavía más tras la victoria comunista en 1949; el gobierno intentó acabar con la pornografía y la prostitución, dos conductas “decadentes” del mundo occidental. Durante el régimen comunista, los gestos románticos —incluso el simple hecho de tomarse de las manos en público— podían ser causa de persecución (Fan, 2006). Se consideraba que el sexo extramarital era un delito burgués y que entre cónyuges más de una vez a la semana era un desgaste superfluo de energía. Un resultado positivo de tales medidas y actitudes fue que se erradicaron casi por completo las infecciones de transmisión sexual en China (Wehrfritz, 1996).

Desde entonces el gobierno ha suavizado el control sobre las decisiones individuales del estilo de vida. A medida que ha aumentado la tolerancia oficial hacia el sexo, las actitudes y conductas de la gente han cambiado, incluyendo una mayor

apertura frente a la homosexualidad (Cui, 2006; Wong y Tang, 2004). Las relaciones sexuales previas al matrimonio han aumentado de manera significativa. En 2005, el 70% de los habitantes de Pekín dijo haber tenido relaciones sexuales antes del matrimonio, mientras que en 1989 el porcentaje era de 15.5%. En un estudio efectuado en siete grandes ciudades del país, se encontró que las personas entre los 14 y 20 años habían tenido relaciones sexuales a la edad promedio de 17.4 años. En cambio, las de 31 a 40 años las habían sostenido aproximadamente seis años más tarde. Por desgracia, el conocimiento y las técnicas de sexo seguro no coinciden con la flexibilización de las restricciones, como lo revelan el incremento de solteras que abortan y la tasa creciente de infección por VIH, especialmente entre los chinos de 15 a 24 años de edad (Beech, 2005). El crecimiento de las infecciones por el VIH es grave porque el estigma de tener sida es terrible, y apenas en años recientes se ha capacitado a los médicos para tratar esos problemas de salud (X. Chen y colaboradores, 2000; Liu y Meyer, 2000). ■



Sexo y política



© Gustavo Tórnich/Corbis

Detalle de una ilustración china del siglo XIX, parte de una rica historia cultural del arte erótico.

La herencia cultural occidental: sexo con fines de procreación y roles sexuales rígidos

Al hablar del Medio Oriente islámico y de China dijimos que el placer sexual de hombres y mujeres se apreciaba mucho más en la antigüedad que en la era moderna. En el mundo occidental generalmente ocurre lo contrario, debido a los cambios culturales relacionados con el propósito de la conducta social y las expectativas de la sociedad en torno a la sexualidad de hombres y mujeres. Los patrones, conflictos y cambios

proviene de dos concepciones: la creencia de que la procreación es el único motivo legítimo de la expresión sexual, y la distinción rígida entre los roles del varón y la mujer. En las dos secciones siguientes se examinarán ambos puntos de vista.

Sexo con fines de procreación

En Estados Unidos ha prevalecido tradicionalmente la idea de que la procreación es lo único que justifica la actividad sexual (Francouer, 2001). La doctrina actual de la Iglesia católica y las organizaciones pro-vida siguen sosteniendo que esta expresión debe darse sólo en el matrimonio y con miras a la procreación. Así, según la American Life League, no han de emplearse anticonceptivos porque “el control natal produce un estado mental para el que la actividad sexual no tiene que ver con los bebés” (American Life League, 2006, p. 1). Desde este punto de vista, cuando una pareja tiene relaciones sexuales se compromete a aceptar un posible embarazo: “El derecho a la reproducción empieza y termina con la decisión de efectuar el coito.” Por tanto, la única opción ética para los solteros consiste en abstenerse del sexo y, “si uno está casado, ser fiel al cónyuge, confiando en el Señor y aceptando su voluntad” (American Life League, 2006, p. 3). En términos generales, este elemento del movimiento pro-vida espera poner fin al estilo de vida de tener sexo sólo por placer (Page, 2006).

En diversas ocasiones, las conductas sexuales que procuran placer sin la posibilidad de procrear —masturbación, sexo oral o anal y relaciones sexuales entre personas del mismo sexo— han sido tachadas de inmorales, pecaminosas, pervertidas o ilegales (Roffman, 2005). De hecho, tanto el sexo oral como anal fueron ilegales en 10 estados de la unión americana antes de que en 2003 la Suprema Corte invalidara las leyes que lo prohibían y dictaminara que el contacto sexual voluntario entre adultos está protegido por el derecho constitucional a la intimidad. ■

Hoy la mayoría de los norteamericanos no cree que la actividad sexual tenga como único fin la procreación, pero un efecto residual de esa opinión es que a menudo muchos de ellos consideran que sexo y coito son sinónimos. Según esto, el sexo es exclusivamente la penetración del pene en la vagina. En el escándalo provocado por la relación de Bill Clinton con Mónica Lewinski, que estalló en 1998, el alegato inicial del presidente fue que no tuvo “sexo con esa mujer”, declaración verídica si “sexo” significa tan sólo “coito” y si excluye besos, felación y caricias de los genitales. Esta manera de pensar es bastante común, como lo revela una investigación entre estudiantes de enseñanza superior: entre 60% de ellos estimaba que el sexo oral no equivalía a tener relaciones sexuales (Sanders y Reinisch, 1999).

Sin duda la penetración del pene en la vagina es una parte placentera de la expresión heterosexual, pero cuando se insiste demasiado en ese aspecto sobrevienen consecuencias negativas, como se demuestra en el siguiente caso de una pareja joven que se sometió a una terapia:

Cuando empezamos a salir juntos, decidimos esperar un poco antes de tener relaciones sexuales, aunque tuvimos experiencias eróticas muy intensas, incluido el orgasmo. Después de que comenzamos a realizar el coito, todo lo demás quedó relegado y el sexo se volvió tan rutinario que perdió atractivo. (Archivo de los autores.)

Considerar que el coito es el “verdadero sexo” no hace sino perpetuar la idea de que el pene es la fuente primaria de satisfacción para la pareja y de que la respuesta erótica y el orgasmo deben ocurrir durante la penetración. Una concepción tan estrecha impone fuertes presiones al desempeño de hombres y mujeres, además de que crea expectativas poco realistas del coito propiamente dicho. Este punto de vista menoscaba el valor de la intimidad



Sexo y política



Pensamiento crítico

Si alcanzara a oír que alguien dice “Anoche tuve sexo”, ¿qué conductas específicas pensaría que ocurrieron?

sexual sin coito, que a menudo queda relegada a una mera *estimulación erótica* (considerada generalmente como cualquier otra actividad previa al coito). O sea, que no es importante en sí misma y que se debe acompañar del “verdadero sexo”. Además, la actividad sexual entre personas de un mismo sexo no encaja en el modelo de la procreación. De ahí que, al referirse a los homosexuales y las lesbianas, muchos se pregunten: “¿Qué hacen durante el sexo?”. La pregunta se debe a que no están familiarizados con otro tipo de prácticas eróticas en las que no ocurra la penetración pene-vagina.

Roles sexuales del hombre y la mujer en la sexualidad



Reuters/Corbis

La cantante Pink rebosa energía sexual explícita; en su canción “Stupid girl” se burla de los estereotipos sexuales que valoran a la mujer por su aspecto físico y no por su inteligencia o por sus ambiciones.

El segundo aspecto y legado de gran trascendencia es una distinción demasiado rígida entre los roles del varón y la mujer. La tradición de los roles sexuales se basa en algo mucho más importante que las diferencias fisiológicas entre ambos. La investigación ha descubierto diferencias que producen características e inclinaciones de cada sexo; no obstante, la socialización las limita, moldea y exagera. Un condicionamiento rígido puede restringir nuestro potencial y dañar nuestra sexualidad. Por ejemplo, las expectativas referentes a la conducta “correcta” de hombres y mujeres podrían reforzar la idea de que el varón es quien debe iniciar la actividad sexual, en tanto que la mujer fija los límites o se somete. Dichos patrones suponen una enorme responsabilidad para el varón, al mismo tiempo que reducen la probabilidad de que la mujer descubra sus necesidades (Berman y Berman, 2001).

En casi todas las culturas la mujer enfrenta más restricciones que los hombres en este aspecto, además de que se le castiga con mayor dureza (Murphy, 2003). Por ejemplo, en Estados Unidos, la palabra *puta* se aplica de manera predominante y como acusación a las mujeres. En una encuesta reciente se observó que esa idea predominaba entre los adolescentes: 90% de los varones y 92% de las muchachas señalaron que tener relaciones sexuales les creaba mala reputación a las mujeres. Por el contrario, apenas 40% de ellos y 43% de ellas dijeron que los hombres adquirirían mala reputación por la misma conducta (Kaiser Family Foundation, 2003). Esperamos que nuestra explicación sobre los roles sexuales y la sexualidad ayuden al lector a encarar los retos que éstos suponen. Para entender mejor la influencia que las ideas actuales de la sociedad tienen sobre ambos temas, debemos examinar sus raíces históricas, especialmente las que respectan a la tradición del sexo con fines de procreación y los roles sexuales rígidos. ¿De dónde provienen y qué importancia tienen para nosotros en la actualidad?

❶ La sexualidad en el mundo occidental: una reseña histórica

Las tradiciones judeocristianas

Cuando la cultura hebrea ya estaba bien establecida, los roles sexuales presentaban una gran especialización. El *Libro de los proverbios* contiene las obligaciones de una buena esposa: instruir a los criados, cuidar a la familia, llevar las cuentas de la casa y obedecer al esposo. Engendrar y dar a luz (especialmente a varones) eran aspectos fundamentales; la larga historia de sometimiento, persecución y esclavitud de este pueblo hizo que su gente asegurase su supervivencia, siendo fecundos y multiplicándose “para llenar la faz de la Tierra” (*Génesis* 1:28).

Sin embargo, se pensaba que el sexo dentro del matrimonio cumplía con algo más que la simple necesidad de reproducción. “Conocer” sexualmente a alguien en el matrimonio se consideraba tanto en el Antiguo Testamento como en la tradición una profunda experiencia física y psicológica (Haffner, 2004). El *Cantar de los cantares* (libro del Antiguo Testamento conocido también como *Cantos de Salomón*) incluye poesía amorosa sensual. En el siguiente pasaje, el novio dice:

*¡Qué gratas son tus caricias, [...] esposa mía!
 ¡son mejores que el vino tus caricias!
 ¡mejor la fragancia de tus perfumes que cualquier otro aroma!
 Tus labios destilan dulzura, esposa mía; miel y leche hay bajo tu lengua [...]*
 (Cantar de los cantares 4:10-11.)

Y la novia exclama:

*Yo soy de mi amor; me traspasa su deseo.
 Ven, amor mío, corramos al campo a pasar la noche bajo los mirtos;
 iremos temprano a las viñas [...]
 entonces te entregaré mi amor.*
 (Cantar de los cantares 7:10-12.)

El gozoso aprecio de la sexualidad que se refleja en las líneas anteriores forma parte de la tradición judía. Pero más tarde fue ensombrecido por la enseñanza cristiana. Para entender cómo ocurrió eso, es necesario recordar que el cristianismo se desarrolló durante los últimos años del Imperio Romano, un periodo marcado por la inestabilidad social. Muchos cultos exóticos habían sido traídos de Grecia, Persia y otras partes del imperio para ofrecer entretenimiento y diversión sexual. Los primeros cristianos se separaron de esas prácticas al asociar el sexo con el pecado.

Sabemos poco de las ideas de Jesús sobre la sexualidad, pero no olvidemos que el amor y la tolerancia fueron la base de sus enseñanzas. Sin embargo, Pablo de Tarso —convertido del judaísmo al cristianismo, ejerció una influencia decisiva sobre la Iglesia primitiva—. (Murió en el año 66 de la era cristiana, y muchos de sus escritos fueron incorporados al Nuevo Testamento.) Pablo subrayó la necesidad de superar los “deseos de la carne” —ira, egoísmo, odio y sexo extramarital— para poder heredar el reino de Dios. Asoció la espiritualidad con la abstinencia sexual, y el **celibato** era, para él, superior al matrimonio. Por tanto, el sexo, indispensable para la reproducción, era algo necesario, pero constituía una acción denigrante desde el punto de vista religioso.

El sexo como acto pecaminoso

Los padres de la Iglesia ahondaron en el tema del sexo como algo pecaminoso. Agustín (354-430), obispo de Hipona, dijo que la lujuria había sido el pecado original de Adán y Eva; con sus escritos contribuyó a afianzar la idea de que el coito era un acto correcto sólo si se realizaba dentro del matrimonio con el propósito de procrear (Bullough, 2001). Creía que la subordinación de la mujer era parte de la voluntad divina al crear el mundo. De esto proviene la idea de que ninguna posición en la que el hombre no esté sobre la mujer “no es natural” (Wiesner-Hanks, 2000).

En la Edad Media (periodo de la historia europea que comienza con la caída del Imperio Romano

? Pensamiento crítico

¿Cómo influyen las ideas religiosas en sus decisiones sobre la sexualidad?

Celibato Término definido tradicionalmente como condición de soltero; hoy significa la abstención de relaciones sexuales.



© Erich Lessing/Art Resource, NY

En sus enseñanzas, Jesús insistió en el amor, la compasión y el perdón. A las adúlteras se las mataba a pedradas en aquella época, pero Jesús dijo a los hombres que llevaron a una ante él para que la juzgase: “El que esté libre de pecado, que arroje la primera piedra” (Juan 8:7). Después de que todos se retiraron en silencio sin lanzar una sola piedra, Jesús le dijo a la mujer: “Tampoco yo te condeno; vete y no peques más” (Juan 8:11).

de Occidente en el año 476 y termina con el inicio del Renacimiento hacia 1400), las actitudes ante el sexo fueron cambiando de una época a otra y según los lugares, pero siempre se creyó que éste era pecaminoso. El teólogo Tomás de Aquino (1224-1274) definió más claramente esa creencia en una pequeña sección de su *Summa Theologica*, donde sostenía que los órganos sexuales humanos estaban diseñados para procrear y que cualquier otro uso (actos homosexuales, sexo oral-genital, coito anal o sexo con animales) iba contra la voluntad de Dios, era herético y constituía “un crimen contra la naturaleza”. Los sacerdotes consultaban unos manuales llamados *Penitenciales*, catálogos de pecados con su correspondiente castigo, como criterio para imponer penitencias al escuchar la confesión de sus feligreses. Interrumpir el coito

para evitar el embarazo era el pecado más grave, pues a veces había que hacer penitencia ayunando a pan y agua durante años. Los “actos contra la naturaleza” como el sexo oral o anal eran vistos como pecados gravísimos y la penitencia era más severa que en el caso del homicidio (Fox, 1995). Por supuesto, las relaciones homosexuales excluían la posibilidad de reproducirse y constaban de muchos “actos contra la naturaleza”. Después de Tomás de Aquino, los homosexuales no encontrarían refugio ni tolerancia en ningún lugar del mundo occidental (Boswell, 1980).



© Burstein Collection/Corbis

La interpretación de la transgresión de Adán y Eva en el paraíso ha influido en nuestras ideas sobre la sexualidad.



© Superstock

El antagonismo contra las mujeres alcanzó su clímax con la cacería de brujas durante el siglo xv.

Eva contra María

En la Edad Media cristalizaron dos imágenes contradictorias de la mujer, y ambas influyeron en la concepción social de la sexualidad femenina y en el sitio que la mujer ocupa en la sociedad. La primera imagen es la de la Virgen María; la segunda, la de Eva como la tentadora diabólica.

En un principio María fue un personaje de importancia secundaria en la Iglesia de Occidente. Su condición empezó a predominar cuando los cruzados regresaron de Constantinopla, sede de la Iglesia oriental. Trajeron con ellos una idea de María como protectora bondadosa y compasiva, merecedora de la devoción religiosa.

La práctica del *amor cortés*, que surgió por aquella época, presentaba una imagen similar de la mujer como pura y sin tacha. Idealmente, un joven caballero se enamoraría de una mujer casada de clase más alta. Tras un prolongado cortejo, se vería correspondido, aunque su amor no se consumaría porque al final los votos matrimoniales permanecían intocables. Este paradigma atrajo la imaginación medieval, y los trovadores ejecutaban sus baladas de amor platónico en las cortes de toda Europa.

La imagen medieval de Eva como la tentadora en el Jardín del Edén era el contrapeso de la Virgen María, inalcanzable y compasiva. Esta imagen, promovida por la Iglesia, reflejaba un creciente énfasis en el pecado de Eva, hasta que finalmente intensificó el antagonismo contra la mujer; éste llegó a su clímax en la cacería de brujas desatada por la Iglesia católica en la Europa continental y en las Islas Británicas. Empezó a finales del siglo xv, ya bien entrado el Renacimiento, y duró cerca de 200 años (Morgan, 2006). A las brujas se les acusaba de lujuria carnal y de entregarse a orgías con el diablo (Wiesner-Hank, 2000). Irónicamente, mientras la reina Isabel I (1533-1603) llevó a Inglaterra a una prosperidad sin precedente, aproximadamente 50 000 mujeres fueron ejecutadas como brujas en Europa durante su reinado y después de él (Barstow, 1994).

Un cambio positivo

La idea de ver como pecado el sexo que no tenía fines reproductivos fue modificada por los reformadores protestantes del siglo xvi. Tanto Martín Lutero (1483-1546) como Juan Calvino (1509-1564) reconocieron el

valor del sexo en el matrimonio (Berman y Berman, 2001). Según Calvino, el sexo marital era permisible si nacía “del deseo de procrear, de evitar la fornicación o aligerar las cargas y tristezas de la vida familiar, de manifestar el cariño mutuo” (Taylor, 1971, p. 62). También los puritanos, a menudo denigrados por tener principios rígidos hacia el sexo, apreciaban el valor de la expresión sexual en el matrimonio (D’Emilio y Freedman, 1988; Wiesner-Hanks, 2000). De hecho, un hombre fue expulsado del Boston puritano cuando, entre otras ofensas, “se negó... a cohabitar... con su esposa por espacio de dos años” (Morgan, 1978, p. 364).

La Ilustración, movimiento del siglo XVIII, fue en parte consecuencia del nuevo racionalismo científico: las ideas reflejaban hechos susceptibles de una observación objetiva, no creencias subjetivas ni supersticiones. Las mujeres fueron merecedoras de más respeto, por lo menos durante un breve lapso. Algunas, como Mary Wollstonecraft de Inglaterra, gozaron de reconocimiento por su inteligencia, ingenio y viveza. En su libro *The Vindication of the Rights of Women* (1792) atacó las papeles tan restringidos impuestos a las mujeres, como la costumbre de regalar muñecas en vez de cuadernos a las niñas. También señaló que la satisfacción sexual tenía igual importancia para mujeres y varones, y que el sexo, tanto el premarital como el extramarital, no eran pecado.

La era victoriana

Desafortunadamente las ideas progresistas no prevalecieron. La *era victoriana*, llamada así por la reina que ascendió al trono británico en 1837 y que gobernó más de 60 años, trajo consigo un cambio muy marcado. Los roles sexuales estaban perfectamente definidos. La sexualidad de la mujer quedó polarizada entre la imagen de la Virgen y la de Eva (que en la lengua vulgar se convirtió en la dicotomía “Virgen-prostituta”). Tanto en Europa como en Estados Unidos las mujeres de clase alta y media eran apreciadas por su delicadeza y elegancia, así que tuvieron que utilizar prendas incómodas como corsés, poliones y aros. Su supuesta fragilidad y sus roles limitados las llevaron a la marginación al verse idealizadas (Glick y Fisk, 2001; Real, 2002). El muy renombrado médico William Acton reflejó la opinión popular de la sexualidad femenina cuando escribió: “La mayor parte de las mujeres no se sienten muy perturbadas por sensaciones sexuales de cualquier tipo” (Degler, 1980, p. 250). Sus deberes se centraban en satisfacer las necesidades espirituales de la familia y en ofrecer un hogar confortable al marido cuando regresaba del trabajo. El mundo de la mujer estaba claramente separado del de los varones. En consecuencia, surgían amistades entrañables entre ellas y obtenían el apoyo y el afecto que no encontraban en el matrimonio.

En general, los victorianos alentaban la autorrestricción en todos los aspectos de la vida y los varones debían ajustarse a las exigencias de su edad (Rader, 2003). Pese a ello, la prostitución floreció porque los hombres a menudo se olvidaban de la moral cuando buscaban compañía sexual. La separación del mundo de los maridos y las esposas produjo una brecha sexual y psicológica en muchos matrimonios de la época. Los hombres podían fumar, beber licor, bromear y acostarse con las mujeres que se habían prostituido por necesidad económica; las mujeres estaban atrapadas dentro de los cánones de la conducta apropiada y de la represión sexual.

A pesar de las ideas imperantes sobre la mujer victoriana como una persona asexual, Celia Mosher —doctora nacida en 1863— llevó a cabo la única investigación conocida respecto de la sexualidad femenina en aquella época. En un lapso de 30 años, 47 mujeres casadas llenaron el cuestionario que ella elaboró. La información obtenida con la encuesta reveló un panorama de la sexualidad femenina distinto del normalmente descrito (quizás incluso prescrito) por los “expertos” de la época. Entre otras cosas, Mosher descubrió que en general la mujer sentía el deseo sexual, disfrutaba el coito y llegaba al orgasmo (Ellison, 2000).

?

Pensamiento crítico

En la actualidad, ¿de qué manera afecta su sexualidad la dicotomía virgen-prostituta?



En la era victoriana las mujeres casaderas tenían un código moral tan estrecho como el corsé. De manera irónica, la prostitución floreció en esa época.

Encontramos infinidad de contradicciones en la cultura norteamericana del siglo XIX. La sexualidad femenina estaba polarizada entre las imágenes de la virgen y la prostituta; los hombres estaban atrapados entre el ideal de la pureza y los placeres de la expresión sexual. Las ideas referentes a los roles sexuales fueron llevadas a verdaderos extremos en el caso de las afroamericanas y afroamericanos sometidos a la esclavitud. Aún más, los mitos opresivos sobre ambos servían para justificar la esclavitud, como veremos al hablar de la sexualidad y la diversidad. Desafortunadamente, los vestigios de esos mitos persisten hasta nuestros días e inciden en las tensiones raciales contemporáneas.

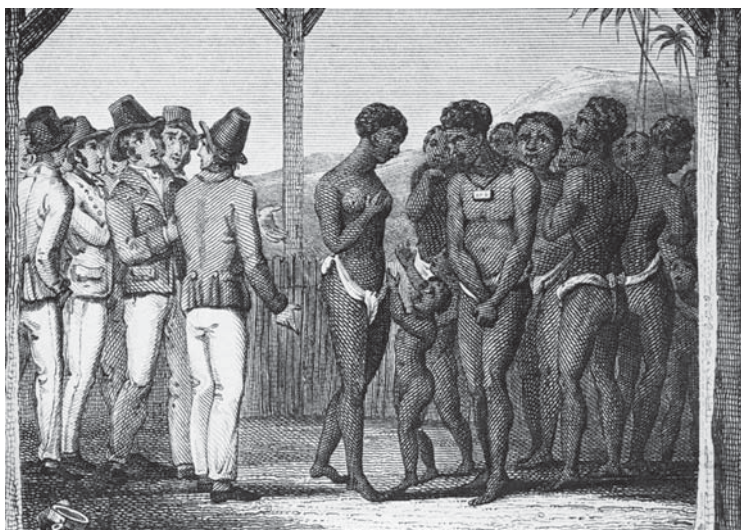
SEXUALIDAD Y DIVERSIDAD

Influjo negativo de la esclavitud en la sexualidad y en los roles sexuales

La manifestación de la sexualidad y los papeles o roles de género impuestos a los esclavos negros de Estados Unidos eran muy estrictos: los estereotipos de su sexualidad justificaban la esclavitud y el poder de los blancos.* Las reacciones etnocentristas de los europeos en sus primeros encuentros con los africanos de raza negra prepararon el escenario para la denigración de la sexualidad de los negros durante la esclavitud. Sus costumbres causaban repugnancia y temor a los europeos, quienes comparaban sus hábitos sexuales con los de los simios. Consideraban que no eran humanos y que eran paganos dominados por instintos animales y por el deseo sexual; de ese modo se sentían tranquilos cuando los explotaban y dominaban (Moran, 2001).

La dicotomía virgen-prostituta llegaba a extremos terribles en el caso de las esclavas. La imagen dominante de la feminidad negra era Jezabel, una seductora traicionera con un insaciable apetito sexual. Los varones de raza blanca (entre ellos algunos soldados de la *unión* que violaban esclavas cuando saqueaban pueblos y plantaciones) se valían de esos prejuicios para justificar la inmoralidad del abuso sexual y la explotación de las negras (Guy-Sheftall, 2003). Las esclavas no tenían ropa para cubrir “decentemente” su cuerpo; su trabajo en los campos y en la casa a menudo las obligaba a levantarse el vestido por arriba de las rodillas, algo que una mujer “decente” no haría nunca. Además, no tenían derecho alguno sobre su cuerpo. Cuando se las exhibía para venderlas, eran desnudadas para que los clientes examinaran su cuerpo de cerca —incluidos los genitales— como si fuesen

Los esclavos no tenían el derecho a la privacidad física, a proteger su cuerpo contra el daño corporal ni a la autonomía reproductiva.



© Bettmann/Corbis

* Adaptado de Douglas (1999) y Wyatt (1999).

ganado. La lógica irracional de que ninguna mujer que se respetara a sí misma se permitiría estar en una situación así, fue esgrimida por los blancos como un argumento para afirmar la supuesta naturaleza lasciva de las mujeres negras. Los dueños de las esclavas señalaban públicamente la capacidad reproductiva de éstas y a menudo ellos mismos o sus hijos administraban su “reproducción” obligándolas a la promiscuidad (Solinger, 2005). Thomas Jefferson expresó con toda claridad el beneficio económico del acelerado nacimiento de niños esclavos cuando dijo: “Considero que una mujer que tiene un niño cada dos años es más rentable que el mejor hombre de la granja: lo que ella produce incrementa el capital” (Davis, 2002, p. 109).

El estereotipo expresado de “Mammy” servía a los dueños de esclavos como contrapeso de Jezabel: significaba que se había podido civilizar a las mujeres de raza negra, incluyendo su sexualidad. Se suponía que *Mammy* era obediente, leal y asexuada. Cocinaba, hacía la limpieza y cuidaba a los niños blancos, a menudo amamantándolos en la infancia. Gracias a su ayuda, muchas mujeres blancas podían conservar su imagen de delicadeza y elegancia.

El estereotipo del macho negro bien dotado sexualmente y violento era el complemento masculino de Jezabel. Los blancos veían en él a un animal poderoso y explotaban su capacidad para trabajar y engendrar hijos con un mítico pene más grande que el suyo. Por una parte, la economía de los dueños se basaba en la fuerza física y la virilidad sexual de los esclavos negros. Por la otra, esas mismas cualidades les causaban temor. El supuesto peligro de que los esclavos sedujeran a las mujeres blancas y una lógica racista brindaban a los dueños los instrumentos necesarios para controlarlos y calmar la inseguridad creada por sus propios estereotipos. Durante la época esclavista se golpeaba, azotaba, castraba y linchaba a los negros con total impunidad. Tras la emancipación, una vez libres de la esclavitud, tuvieron más oportunidad de hacer su propia vida; pero no cesaron el linchamiento de los negros ni la violación de las negras porque las dos cosas permitían mantener el control social sobre quienes ponían en tela de juicio las normas de la supremacía de los blancos (Douglas, 1999; Wyatt, 1997).

Los hechos históricos y las controversias expuestas en las secciones anteriores muestran que el sexo con fines de procreación y los roles sexuales son un legado de la biblia judía y cristiana, de Agustín de Hipona y de Tomás de Aquino, de la era victoriana y de la esclavitud. Todo ello persiste hasta el momento actual, y se manifiesta en los complejos conflictos entre los valores del placer personal, el pragmatismo y la tradición en el mundo occidental del siglo xx (Jakobsen y Pellegrini, 2003).

El siglo XX*

Con el primero de sus libros, *La interpretación de los sueños*, Sigmund Freud (1856-1939) encabezó el cambio de perspectiva con respecto a la sexualidad en el siglo xx. Sus ideas de que la sexualidad es innata tanto en hombres como en mujeres contribuyeron a expandir los conceptos victorianos. En su libro *On Life and Sex* (1920), el médico Havelock Ellis (1859-1939) resaltó “los derechos de las mujeres a amar”, y en su obra de siete volúmenes *Studies in the Psychology of Sex* enunció que toda práctica sexual es sana —entre ellas, la masturbación y la homosexualidad, calificadas hasta entonces de “perversiones”— a condición de que nadie resultara lastimado. En sus populares manuales del matrimonio, Theodore Van de Velde (1873-1937) subrayó la importancia del placer sexual.

* Las fuentes principales de este material son Czuczka (2000) y Glennon (1999).



En los años veinte del siglo pasado muchas mujeres rompieron con los roles tradicionales del “ama de casa” y disfrutaron la independencia que les daba el automóvil. El estilo “descocado” de vestir expresaba su rechazo a las normas morales de la era victoriana.

A medida que las ideas sobre el rol “apropiado” de la sexualidad femenina fueron cambiando, surgió el movimiento sufragista de las mujeres a fines del siglo XIX. El objetivo de concederles el derecho de voto nació de otros avances relacionados, como la abolición de la esclavitud y el reclamo de que a las mujeres se les permitiera asistir a las universidades y poseer bienes. En 1920, la incorporación de la décimo-novena Enmienda a la Constitución de Estados Unidos les garantizó el derecho de votar, pero no las condujo a una era de auténtica igualdad.

Sin embargo, los sucesos y los avances tecnológicos posteriores abrieron nuevas perspectivas y posibilidades en materia sexual. La participación de Estados Unidos en la Primera Guerra Mundial creó un ambiente de mayor igualdad y flexibilidad para los roles sexuales cuando miles de mujeres

abandonaron su papel tradicional de ama de casa para integrarse a la fuerza laboral por primera vez. Los norteamericanos destacados en Europa aprendieron allí una sexualidad más abierta. Poco después de que regresaron a su patria, la producción masiva de automóviles inventada por Henry Ford en la década de 1920 les permitió mayor independencia y privacidad en la exploración sexual. La llegada del cine presentó películas de romance y símbolos sexuales que entretenían al público. Las jóvenes solteras de clase media de las ciudades —las *descocadas*— rechazaron los ideales de la era victoriana. Preferían los vestidos cortos y llamativos, los bailes exuberantes y el contacto estrecho de los alegres veinte. Los cambios de las costumbres eróticas se concentraron sobre todo en los besos y las caricias (estimulación sexual sin llegar al coito) entre los solteros, lo cual constituía una flagrante violación de las normas victorianas, pero las mujeres por lo general evitaban las relaciones sexuales antes de casarse con tal de no quedar embarazadas ni poner en peligro su reputación (Radar, 2001).

El retorno a una conducta más controlada llegó con la Gran Depresión de los años 1930. Además, esos difíciles tiempos también propiciaron leyes que sancionaban el derecho a la información sobre el control natal y los medios anticonceptivos. Antes de que se descubriera la penicilina en la década de 1940, no había un tratamiento eficaz para las infecciones de transmisión sexual que ponen en peligro la vida. Su descubrimiento disminuyó el miedo a esa terrible consecuencia. Durante la Segunda Guerra Mundial, las amas de casa volvieron a llenar los espacios de la fuerza laboral que habían sido dejados por los hombres que combatían en el extranjero y quienes se familiarizaban con las formas de una sexualidad más abierta existentes en Europa.

Durante la primera y segunda guerras mundiales las costumbres sexuales de las mujeres europeas más cosmopolitas influyeron en los soldados norteamericanos que socializaron con ellas.



© Hulton-Deutsch Collection/corbis

Después de la Segunda Guerra Mundial

Terminada la guerra, el ideal y la meta de las familias de clase media, financiadas por un padre que era el sostén de la casa, era vivir en los suburbios. Las mujeres abandonaron la fuerza de trabajo para reincorporarse a su vida de hogar, para atender al marido y a los hijos. La psicología divulgada en la época afirmaba que las mujeres que trabajaban eran neuróticas y tenían “envidia del pene”. El ideal de la industria de la moda era la mujer “refeminizada”, con una cintura delgada, ropa que destacaba el busto y faldas largas (Radar, 2001). Durante este periodo de retorno a los roles sexuales tradicionales, Alfred Kinsey y sus colegas publicaron *Sexual Behavior in the Human Male* (1948) y *Sexual Behavior in the Human Female* (1953), los cuales se convirtieron en dos éxitos de ventas a pesar de las denuncias de los médicos, el clero, los políticos y la prensa, o quizá gracias a ellas (Brown y Fee, 2003). Las asombrosas estadísticas de Kinsey sobre el predominio del interés de la mujer por el sexo y su respuesta tuvieron un enorme efecto entre los profesionales y el público. Lo que revelaron acerca de la conducta entre personas del mismo sexo, la masturbación y algunas innovaciones eróticas en la recámara contribuyó a una creciente aceptación de la diversidad en este terreno.

En la década de 1950 la televisión, que colocaba en primer plano la adaptación social a los suburbios y presentaba situaciones de matrimonios que dormían en camas separadas, entró en los hogares norteamericanos al mismo tiempo que el primer número de *Playboy*, revista que presentaba el sexo como una diversión. Ambos medios constituyen una dicotomía que prevaleció en la década de 1950.

Los tiempos cambian

No fue sino hasta los años 1960 cuando surgió un nuevo movimiento en favor de la igualdad de los roles sexuales. Y se produjo tras el notable incremento de matrimonios que se registraron al término de la Segunda Guerra Mundial, el aumento súbito de los nacimientos y el desengaño general ante la subyugación de las mujeres. En ese decenio y en el siguiente, el feminismo y la “revolución sexual” se enfrentaron a las normas de años anteriores. La píldora anticonceptiva, introducida en los años 1960, y posteriormente el dispositivo intrauterino, la píldora del día siguiente y los espermaticidas, permitieron que la mujer buscara el placer sexual con más seguridad al disminuir considerablemente su miedo al embarazo (Ofman, 2000).

En 1965 la Suprema Corte de Estados Unidos legalizó los anticonceptivos para uso conyugal y en 1972, para las personas solteras. La amplia aceptación de los anticonceptivos y posteriormente el acceso al aborto legal, otorgado por ese tribunal en 1973, hicieron posible separar la sexualidad de la procreación como nunca antes en las culturas occidentales. Mientras tanto, el mundo también había cambiado y muchas personas se preocuparon por los costos ecológicos y económicos de la procreación, algo que nunca se hubiera considerado en la época preindustrial. ■

Human Sexual Response (1966) y *Human Sexual Inadequacy* (1970) de Masters y Johnson, arrojaron luz sobre la capacidad de la mujer para el orgasmo y convirtieron la terapia sexual en un tratamiento legítimo. Empezaron a publicarse libros de autoayuda como *Our Bodies, Ourselves* [Nuestros cuerpos, nuestra vida] (Boston Women's Health Collective, 1971) y *For Yourself: The Fulfillment of Female Sexuality* (Barbach, 1975). Estas obras se centraban en el autoconocimiento sexual de la mujer, mientras que *The Joy of Sex* (Comfort, 1972) puso al alcance de las parejas una conducta sexual variada y experimental.

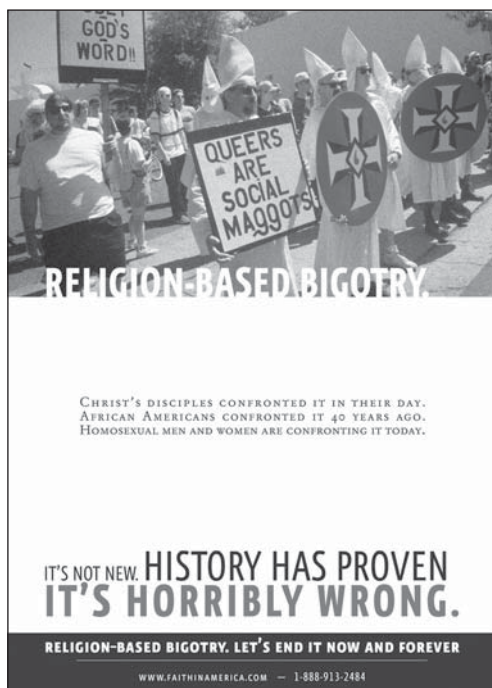


Sexo y política



© Spencer Grant/PhotoEdit

Cada uno de los cuadros de este edredón que pesa 54 toneladas fue elaborado por la pareja, los amigos o la familia de una persona que murió de sida.



Courtesy of Faith In America Inc.

Una campaña en los medios basada en los valores cristianos espera acabar con el prejuicio contra los homosexuales.

En el ambiente cada vez más tolerante de finales de los años 1960 y 1970, empezaron a cambiar las actitudes ante un tabú muy antiguo: el de la homosexualidad. Las lesbianas y los homosexuales comenzaron a declarar públicamente su orientación y a señalar que un asunto de carácter tan personal no debería afectar sus derechos ni responsabilidades de ciudadanos. En 1973 la American Psychiatric Association eliminó la homosexualidad de sus categorías diagnósticas de trastornos mentales. Después, en los primeros años de la década de 1980, se emitió el primer diagnóstico de sida. La llamada “peste homosexual” puso en primer plano la presencia de este sector, intensificando los sentimientos positivos y negativos del público hacia éste.

Por desgracia, al aumentar la violencia contra este grupo, también se agudizaron las creencias extremistas de algunas personas. En opinión de otros, la homosexualidad no era más que el *chivo expiatorio* de los males sociales, como lo demuestran los comentarios del reverendo Jerry Falwell al hablar de la causa de los ataques del 11 de septiembre: “Los paganos y los defensores del aborto, las feministas, los homosexuales y las lesbianas... todo ellos han intentado secularizar el país. Los señalo con el dedo y les digo: ‘ustedes contribuyeron a que esto sucediera’” (Falwell, 2001, p. 61).

En contraste con lo anterior, los medios de comunicación, y sobre todo la televisión, mostraban un cambio de actitud positivo frente a este asunto. Gracias principalmente al activismo de los homosexuales, a mediados de la década de 1990 la televisión empezó a incluir a homosexuales y lesbianas en sus programas. Esa clase de personajes aparecían en programas como *ER*, *Sex and the City*, *Roseanne* y *Friends*. Ellen DeGeneres hizo pública su homosexualidad en uno de los capítulos del espectáculo *Ellen*, en la temporada de 1997 (Marin y Miller, 1997). *Will and Grace* —programa inspirado en la protagonista lesbiana de *Ellen*— se mantuvo en el gusto de los televidentes durante ocho temporadas, con personajes homosexuales y lesbianas agradables y muy bien logrados (Colucci, 2006). Los cambios en la representación que los medios hacen sobre el tema ilustran la forma en que éstos simultáneamente reflejan e influyen en la información, actitudes y comportamientos con respecto a la sexualidad (Gross, 2001). ¿Qué nos transmiten los medios acerca de la sexualidad? En la siguiente sección se abordará este tema.

Los medios y la sexualidad

El fenómeno que llamamos *medios masivos* se inició hace menos de 600 años. Gracias a la invención de la composición tipográfica en 1450, los libros pudieron imprimirse en forma mecánica y no a mano. Eso los puso al alcance de la mayoría de la población,

Galardonada con muchos premios, *Secreto en la montaña* fue la primera película taquillera acerca de un romance entre personas del mismo sexo.



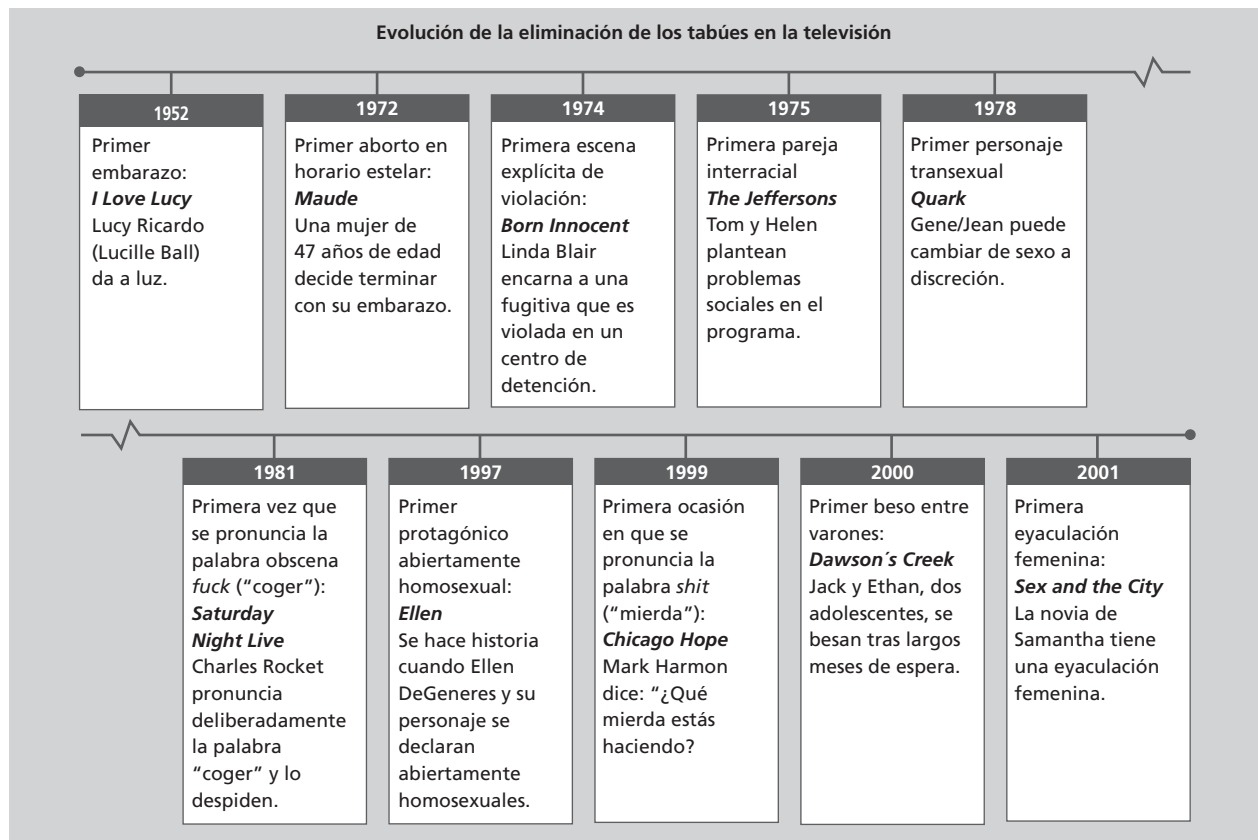
Photofest/Universal

lo mismo de hombres que de mujeres. En 1895 las películas mudas en blanco y negro se exhibieron por primera vez ante un público que pagaba por verlas; en 1896 *The Kiss* —primera película donde una pareja se besaba— fue criticada por escandalosa y se exigió su prohibición (Dirks, 2006). Los primeros aparatos de televisión en blanco y negro hicieron su aparición en los años 1940 (en un principio resultaban tan fascinantes que las familias se sentaban en la sala viendo los patrones de prueba). En 1972 el número de televisores a color en los hogares estadounidenses superó finalmente a los de blanco y negro. Desde entonces la explosión de la tecnología de los medios nos ha invadido presentándonos palabras e imágenes sexuales. El aumento del contenido sexual explícito se ha acompañado de extraordinarios adelantos tecnológicos. Por ejemplo, hace apenas 50 años una película de Hollywood no se exhibía si mostraba a marido y mujer en la misma cama (Lapham, 1997).

La televisión

El impacto de Internet posiblemente supere pronto al de la televisión, pero hasta hoy, por el tiempo que la gente pasa frente a ella, ésta ha tenido la mayor influencia en las actitudes y conductas sexuales. Cuando llegamos a los 18 años de edad, cada uno de nosotros ha visto un promedio de 20 000 horas en pantalla, tiempo suficiente para que repercuta en nuestras perspectivas relativas a la sexualidad (Folb, 2000). El número de escenas eróticas en los programas normales casi se ha duplicado desde 1998; en la **figura 1.2** se muestra cuándo aparecieron por primera vez los contenidos de ese tipo en la televisión. Sin embargo, ahora se muestra a menos jóvenes participando en actividades eróticas: en una de cada 10 escenas intervienen adolescentes y adultos jóvenes, mientras que en 1998 la proporción era una de cada cuatro. Entre los 20 programas de mayor audiencia

Figura 1.2 Evolución de la eliminación de los tabúes en la televisión



Fuente: Modificado de la revista *TV Guide* del 2 de agosto de 2003.

entre los adolescentes, 70% incluía contenido sexual (hablar de sexo o insinuaciones eróticas) y 45% presentaba conductas sexuales (Kaiser Family Foundation, 2006). A muchos críticos les preocupa que ese material muestre una visión del sexo demasiado atractiva: en su opinión, estimulan esa actividad entre los jóvenes desde muy temprana edad. No obstante, la mayoría de los estudios al respecto no ha arrojado resultados concluyentes (Escobar-Chaves y colaboradores, 2005). Un estudio reciente investigó la exposición al contenido sexual de los medios examinando la inclusión de temas de esta índole en programas de televisión, películas, música y revistas que los adolescentes consumen normalmente, junto con el tiempo que dedicaban a estas cuatro formas de medios masivos. Se descubrió que los adolescentes de raza blanca cuya exposición se encontraba en el 20% más elevado tendían a tener 2.2 veces más relaciones sexuales a los 16 años que aquellos cuya exposición correspondía al 20% más bajo (Brown, 2006).

A veces la forma en que los temas sexuales se presentan en la televisión produce efectos benéficos: promueve un mayor conocimiento, tolerancia y un cambio social positivo. Los programas educativos y de asesoría ofrecen una orientación constructiva. Por ejemplo, Drew Pinsky, conductor de *Loveline*, no se limita a comentar las inquietudes de los jóvenes respecto de las relaciones y el sexo, sino que además ofrece recomendaciones. *Berman and Berman*, programa a cargo de dos hermanas, una psicóloga y la otra doctora, brinda educación sexual a las mujeres. Además, las emisiones de televisión abierta y por cable dedicadas al abuso de niños, a la violación y a problemas de los transexuales han favorecido el conocimiento objetivo y han atenuado el tabú relacionado con dichos temas (American Academy of Pediatrics, 2001b). Aunque muchos programas diurnos de entrevistas adoptan una perspectiva sensacionalista del sexo, presentando temas como “Cousins in Love” (Primos enamorados) o “Immortalized on Video in Compromising Positions” (Inmortalizados en video en situaciones comprometedoras), otros han contribuido a destruir los tabúes culturales y a mostrar la gran diversidad de la expresión sexual. *The Phil Donahue Show* (cuya transmisión empezó a fines de los años 1960 y terminó en 1996) y *Oprah* (que apareció en 1986) han ofrecido un foro donde la gente se entera y discute muchos aspectos de la sexualidad humana (Gross, 2001).

Los reportajes abrieron brecha en varios problemas sexuales durante la década de 1990. El testimonio televisado de Anita Hill, quien acusó de acoso sexual a Clarence Thomas, candidata a ocupar un puesto en la Suprema Corte, atrajo el interés del público hacia este problema. A raíz de ese escándalo se implantaron en todo el país políticas laborales respecto del acoso sexual. Por su parte, el escándalo Clinton-Lewinsky planteó otro tipo de cuestiones, entre ellas la definición de sexo: cómo debería reaccionar una esposa ante la infidelidad del marido y si términos como *pene* y *sexo oral* deberían aparecer en los noticieros nocturnos.

La información concerniente a las consecuencias negativas —tanto físicas como psicológicas— del sexo ha venido aumentando en la programación. En 2005, el 27% de los programas —el doble respecto del porcentaje de 1998— donde se presentaba actividad erótica o se hablaba de ella, se refería a los riesgos y las responsabilidades del sexo. También se ha registrado un incremento mayor en aquellos que tratan de sexo seguro y que cuentan con numerosa audiencia entre los jóvenes (Kaiser Family Foundation, 2006). Una organización llamada The Media Project trabaja con la industria de la televisión para incorporar en las emisiones información objetiva sobre la sexualidad y la responsabilidad. Entre sus logros cabe citar los siguientes: episodios en *Felicity* relacionados con la violación entre novios, el sexo seguro y el uso del condón con una escena donde se muestra cómo utilizarlo. El proyecto patrocina además los premios anuales SHINE (Sexual Health in Entertainment), creados para dar un reconocimiento a los programas que presentan en forma positiva los problemas de salud sexual (Folb, 2000).

Los medios masivos desempeñan un papel de gran importancia en los países donde la información sexual ha sido un tabú. Por ejemplo, hace poco Egipto y China permitieron transmitir programas de educación sexual. En 2006 un terapeuta egipcio

transmitió el primero de este tipo por televisión. *Serious Talk* trata de corregir la gran desinformación e ignorancia en una forma culturalmente aceptable al conciliar el islamismo con los conocimientos modernos en materia sexual (El-Noshokaty, 2006). En China la serie radiofónica *Tonight's Whisperings* empezó a transmitirse en 1998. ¿Su objetivo? Llenar el hueco entre la ignorancia sexual debida a la represión de este tipo de información durante la revolución cultural y el aumento de la actividad erótica entre los adolescentes. Los conductores del programa responden las preguntas de la audiencia por correo electrónico y mensajes de texto, muchos de los cuales revelan desconocimiento de los hechos básicos del sexo (Fan, 2006).

Sin embargo, a veces lo medios desvirtúan la complejidad de la sexualidad humana y crean expectativas poco realistas respecto de ese tipo de experiencias. Las telenovelas que se exhiben durante el día fueron el primer tipo de programa en presentar un contenido sexual más explícito, generalmente con intrigas basadas en la infidelidad, la venganza o la explotación (Greenberg y Woods, 1999). Algunas como *Desperate Housewives*, *Everwood* y *The OC* muestran toda clase de parejas: una mujer y su jardinero adolescente, un adulterio con un ex novio o ex novia ya casados (Streisand, 2005). La televisión por cable y por vía satélite ofrecen series de contenido sexual más explícito que los de la televisión abierta, como *Sex in the City*, en el cual cuatro neoyorquinas conversan acerca de cómo fingir orgasmos, la decepción por el tamaño del pene y una eyaculación precoz, una eyaculación con mal sabor (“funky spunk”) y un pene sin circuncisión. Los programas de tipo “reality” —*Real World*, *Temptation Island*, *The Bachelor* y otros semejantes— se basan en temas eróticos. Existen videos y DVDs que ofrecen películas de contenido sexual explícito diverso para que los consumidores los disfruten en la intimidad de su hogar.

Los videos musicales son un puente entre las industrias de la televisión y la música. Hasta 50% de esos videos (según el tipo de música) tienen un contenido erótico; algunos presentan incluso la coerción sexual. Surge entonces la pregunta de hasta qué punto hacen difícil para los jóvenes conocer relaciones sanas (Brown, 2002; Wyatt, 1997). Un número cada día mayor de videos musicales se difunden a través de la telefonía celular, de manera que posiblemente se vean menos por televisión.

Publicidad

La publicidad está presente en casi todos los medios o aparece sola, como en un cartel espectacular omnipresente. Las imágenes eróticas —unas veces explícitas, otras veces sutiles— están diseñadas para captar la atención y vender productos. Un anuncio con gran atractivo sexual será sin duda una herramienta de marketing eficaz. Por ejemplo, la venta de *jeans* se duplicó después de un anuncio de los años 1980, en el cual la joven Brooke Shields prometía que nada se interpondría entre ella y sus *jeans* Calvin Klein (Kuriansky, 1996). La publicidad se basó en una suposición falsa: el amor, el sexo o ambos se conseguirán comprando cierto producto de belleza, cierta marca de licor o de ropa, de sistema estereofónico o de automóvil. La publicidad generalmente trivializa el sexo; al mismo tiempo, refuerza la idea de que sólo los cuerpos jóvenes y esculturales de hombres y mujeres merecen atención, salvo la publicidad dirigida a un numeroso grupo de consumidores adultos de mayor edad. En ocasiones ésta ayuda a acabar con los tabúes. Por ejemplo, los anuncios del candidato presidencial Bob Doles en favor del Viagra contribuyeron a que la disfunción eréctil se incorporara al discurso público.

? Pensamiento crítico

¿Recuerda algún anuncio que haya contribuido a cambiar estereotipos sexuales? ¿Cómo lo logró?

Revistas

Las revistas populares contienen una amplia variedad de artículos relacionados con el sexo: desde excelente información de autoayuda y de habilidades en las relaciones, hasta artículos que favorecen los estereotipos de papeles sexuales, inseguridad de la

¿Cree que el principal interés de las jóvenes en el sexo consiste en experiencias exóticas o fuera de lo común?



Cada día los anunciantes se sirven más de escenas de sexo en grupo para vender sus productos.

imagen corporal, superficialidad y manipulación. En las cajas de los supermercados y en los puestos de periódicos la primera plana de los tabloides trata de impactarnos con titulares como “La policía descubre la vida secreta pornográfica de un padre de familia”. Las revistas dirigidas a los varones jóvenes se centran en dos temas: información sobre “lo que quiere una mujer” y cómo conseguir una variedad sexual “exótica” o “pervertida” con la pareja (Taylor, 2005).

Las revistas para mujeres contienen a menudo información muy útil de autoayuda. Así, la revista *Seventeen* de octubre de 2005, en su artículo “Vagina 101: What’s Healthy and What’s Not” (Vagina 101: Qué es sano y qué no lo es) contestó muchas preguntas que se hacen las mujeres. (A propósito de ello, la empresa de tiendas de abarrotes Albertson’s consideró que los hechos y las fotos merecían la censura y retiró ese ejemplar de sus establecimientos). Los artículos referentes a la interacción sexual apoyan la exploración y la asertividad en materia sexual; uno de esos artículos publicado en *Cosmopolitan* alentaba a las lectoras a estimularse el clítoris durante el coito para aumentar la excitación y así poder llegar al orgasmo. En cambio, artículos como “Do You Make Men M-E-L-T?” (“¿Quieres d-e-r-r-e-t-i-r a los hombres?”) refuerzan los estereotipos de los roles sexuales y la presión por hacer bien las cosas.

En parte, la inseguridad ante la imagen corporal se debe a la información que indica cómo ser más hermoso, más delgado o más sexy: “Boy Magnet Beauty” (Belleza que atrae como imán a los jóvenes) y “Mega Makeovers: Go from So-So to Supersexy” (Megacambio de apariencia: de ordinario a supersexy).

Internet

La mejor investigación dedicada a la sexualidad en Estados Unidos —la National Health and Social Life Survey (NHSLs)— llegó a la conclusión de que los miembros de los grupos sociales a los que pertenecemos influyen profundamente en nuestras actitudes y conductas (Laumann y colaboradores, 1994). Este estudio se llevó a cabo antes de la gran explosión de la comunicación ciberespacial de los años 1990. En 2006 había más de mil millones de usuarios de Internet en todo el mundo. La tasa actual es de aproximadamente 17% de la población mundial, con un enorme potencial de crecimiento (Internet World Stats, 2006). El número de sitios de redes sociales, cuya finalidad es facilitar la comunicación entre personas, aumentó de un modo impresionante en poco tiempo. Un sitio preferido por los jóvenes, MySpace.com, fue lanzado en 2003 y tuvo 70 millones de usuarios en 2006 (Romano, 2006). Es increíble el impacto de esta revolución de la comunicación tanto en las actitudes como en las conductas sexuales. Hoy los miembros de grupos sociales sumamente heterogéneos —distintos grupos de edad, de raza, religiosos, étnicos y económicos— se comunican más fácilmente que antes. La distancia y las barreras culturales han ido disminuyendo y obstaculizan menos, de modo que surge “la posibilidad de esos saltos cuánticos que la mente humana puede dar cuando las ideas se comparten” (Shernoff, 2006, p. 20). Y también quienes tienen intereses sexuales estigmatizados que comparten con unos cuantos se conectan con individuos que comparten sus ideas, ya que la sexualidad en sus miles de formas tiene ahora presencia en Internet (Ross, 2005). La red también es un medio revolucionario para los usuarios LGBT (lesbianas, homosexuales, bisexuales y transgéneros). La comunidad LGBT ha florecido en el último decenio, y los salones de conversación o *chat rooms* han sustituido a los bares como el sitio favorito de reunión (Umstead, 2005).

Internet brinda acceso rápido a información útil relacionada con la sexualidad. Columnistas que escriben sobre sexo como “Dear Abby” contestan preguntas en línea; la abundancia de información de autoayuda abarca desde los sitios web para consulta sobre el cáncer mamario y de próstata, hasta tableros de mensajes con sugerencias para el cuidado de pelucas de los transexuales. A diferencia de la autoayuda y de la educación general en temas sexuales, en Estados Unidos los aproximadamente 72 millones de usuarios que cada mes visitan los sitios de adultos buscan algo más en este supermercado activo impulsado por los clientes. Algunos utilizan los salones de conversación para hablar de fantasías de lo más descabelladas o participan en juegos interactivos con varias personas, a menudo asumiendo distinta personalidad y sexo (Ross, 2005). Otros conversan o *chatean* en tiempo real mediante mensajes instantáneos por computadora, y se sirven de aparatos de audio y cámaras de video para interactuar en línea. Muchos desean mensajes explícitos o “cibernudistas” en webcam para excitarse durante la masturbación. La tecnología interactiva remota, llamada “teledildónica”, ofrece estimulación interactiva en vez de aislada. Permite que una persona controle por Internet el juguete sexual de otra. Los usuarios manipulan un panel de control que permite variar la intensidad del movimiento del dildo o vibrador de forma alargada de la otra persona, el cual incluye un vibrador con la forma de un conejito que sirve para la estimulación del clítoris.

La mayor parte de los avances tecnológicos de Internet es obra de la industria del sexo. La programación para adultos continúa siendo una gran fuente de ingresos gracias a los recientes logros en telefonía celular, “pod porn” para el iPod, PDAs, las consolas portátiles de juegos PSP y las plataformas de video de banda ancha con información continua o *streaming* (Alexander, 2006). En opinión de los expertos, habrá más adelantos en el campo de la estimulación sexual a control remoto (Crowe, 2005; Summers, 2005; Umstead, 2005). Las gráficas animadas de computadora con contenido sexual constituyen otra tecnología que se desarrolla con gran rapidez.

Internet se ha convertido últimamente en un excelente servicio para concertar citas amorosas, una oportunidad de interacción personal que uno puede utilizar para platicar en línea y ver si desea conocer personalmente al otro usuario. Aunque no está exento de riesgos, este tipo de citas ofrece la ventaja de explicar desde un principio lo que uno busca en la relación: sexo ocasional o alguien para toda la vida. En algunos casos este intercambio en línea crea mayor intimidad antes de iniciar una relación física, que el contacto cara a cara sin previa comunicación por correo electrónico.



Reprinted with permission of King Features Syndicate.

La investigación indica que la mayoría de los usuarios se sirve de los sitios web para una actividad recreativa inocua. Sin embargo, casi 9% de los participantes en un estudio pasaba *al menos* 11 horas a la semana en línea; eso les creaba problemas, pues se entusiasmaban tanto con el sexo electrónico, que se deterioraban sus relaciones sexuales y otros aspectos de la vida (Cooper y colaboradores, 1999). Aún más riesgoso es el hecho de que algunos depredadores sexuales utilizan Internet para explotar sexualmente a otros, de modo que un sitio como MySpace.com es el sueño hecho realidad de todo depredador (Romano, 2006). Más aún, la disponibilidad del material erótico no es apropiada para el nivel de desarrollo de los jóvenes, pero puede ser difícil evitarlo. Las posibilidades constructivas y destructivas de la sexualidad en el ciberespacio parecen tan ilimitadas como el potencial de la naturaleza humana. Este contenido de Internet es de gran importancia, porque aproximadamente 69% de la población norteamericana tiene acceso a la red (Internet World Stats, 2006). A lo largo del texto se abordarán varios aspectos de este tema.

La sexualidad: donde lo personal es político



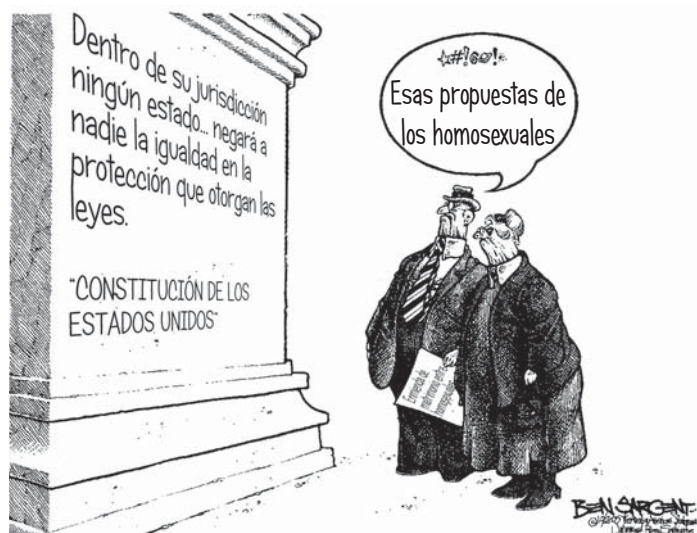
Sexo y política

Lo personal y lo político (leyes, políticas y normas) se fusionan cuando se trata de la sexualidad. Las perspectivas histórica, transcultural e intracultural que se han examinado en este capítulo muestran claramente el impacto de las normas sociales en este campo, además de que nos ayudan a entender la posición especial en que nos hallamos hoy día. A partir de decisiones personales podemos definir mucho más nuestra sexualidad que en la época de los antiguos hebreos, de los primeros cristianos, los europeos de la Edad Media, los europeos de la era victoriana o los norteamericanos del siglo XIX, y con mayor objetividad que muchas sociedades no occidentales del mundo moderno. Con la mayor comprensión y aceptación de la diversidad sexual que se ha ido desarrollando en el siglo XX, tenemos mayores libertades y responsabilidades en la actualidad. En general, aceptamos la idea de que “la salud sexual de un individuo o de una sociedad se enriquece con el conocimiento, la tolerancia y la empatía frente a la diversidad de las identidades y expresiones sexuales que forman parte de la condición humana” (Coleman 2000, p. 4). Ello a pesar de que, según algunos, el aumento de la tolerancia crea más problemas de los que resuelve. ■

Y sin embargo, los cambios exponenciales del último siglo nos han dejado con muchas preguntas sin contestar. Por ello en el siglo XXI hay tantas controversias respecto de las políticas sociales, las leyes y la ética en prácticamente todos los campos relacionados con

la sexualidad humana, muchos de los cuales los deciden los votantes, los consejos técnicos de las escuelas, los tribunales estatales y federales y la Suprema Corte de Estados Unidos (Bernstein y Schaffner, 2005). A lo largo del capítulo se ha podido constatar que las normas sociales, a veces codificadas en leyes, pueden apoyar u obstaculizar el derecho a la privacidad y a una decisión personal (Kaiser, 2004; Wildman, 2001). Entre las controversias en torno a la sexualidad que aún persisten, figuran las siguientes:

- ¿Deberían las escuelas públicas impartir una educación sexual orientada exclusivamente a la abstinencia o a una educación sexual integral?
- ¿Deberían las parejas de un mismo sexo poder casarse legalmente?



SARGENT © 2006 Austin American-Statesman. Reprinted with permission of Universal Press Syndicate. All rights reserved.

- ¿Debería cubrir el seguro médico los costos de la anticoncepción?
- ¿Deberían las leyes estatales y federales restringir el acceso al aborto?
- ¿Debería permitirse a los adolescentes recibir servicios de anticoncepción sin el consentimiento de sus padres?
- ¿Debería formar parte del registro público el hecho de que alguien tenga o no el VIH?
- ¿Debería legalizarse la prostitución?

? Pensamiento crítico

¿De qué manera se relacionan estas controversias actuales con el legado del sexo con fines de procreación y los roles sexuales rígidos?

Confiamos en que la experiencia personal del lector al afrontar los retos relacionados con la sexualidad le sirva para mejorar su inteligencia sexual y la capacidad de conducirse por los aspectos que constituyen nuestra sexualidad.

R E S U M E N

Controversia y diversidad en la sexualidad humana

- Pocos temas captan tanto la atención o suscitan tanta polémica como los referentes a la sexualidad.

La diversidad en Estados Unidos

- Las variantes en la aculturación, en las creencias religiosas y en el nivel socioeconómico generan diversidad sexual en el interior de los grupos étnicos de Estados Unidos.

Un enfoque psicosocial

- En el libro se destaca la función que los factores psicológicos y el condicionamiento social desempeñan en la forma en que se moldea la sexualidad humana.

Perspectivas transculturales

- Si queremos comprender mejor la importancia del condicionamiento social, podemos comparar las actitudes y conductas sexuales de otras culturas.
- Los musulmanes creen que disfrutar el sexo en el matrimonio es importante para hombres y mujeres. La sexualidad femenina para ellos es muy fuerte; en algunas partes del Medio Oriente islámico, la mutilación de los genitales femeninos, el uso de velos y la segregación sexual hasta el matrimonio se consideran necesarios para controlar la sexualidad de la mujer.
- En la antigua China la actividad sexual constituía un medio para lograr el crecimiento espiritual.
- El gobierno de la China comunista trató de aislar al pueblo de las actitudes y prácticas sexuales del mundo occidental; las normas sexuales fueron conservadoras hasta una reciente flexibilización de las restricciones oficiales.

La herencia cultural occidental: sexo con fines de procreación y roles sexuales rígidos

- En este libro exploramos con espíritu crítico los efectos de dos aspectos generales de la sexualidad: el sexo limitado a la reproducción (procreación) y los roles sexuales inflexibles.

La sexualidad en el mundo occidental: una reseña histórica

- Los antiguos hebreos destacaban la importancia de la procreación y además apreciaban la sexualidad dentro del matrimonio.
- Las diferencias de los papeles sexuales entre varones y mujeres estaban bien definidas en la vieja cultura hebrea. Las mujeres se encargaban de administrar el hogar y de procrear hijos, especialmente varones.
- Los escritores cristianos como Pablo de Tarso, Agustín de Hipona y Tomás de Aquino contribuyeron a la idea de que el sexo es pecaminoso, de que se justifica sólo en el matrimonio para tener familia.
- Dos imágenes antagónicas de la mujer aparecieron en la Edad Media: la mujer pura e inalcanzable colocada en un pedestal, que se manifestaba en el culto a la Virgen María y en el amor cortesano; y aquella tentadora y diabólica, representada por Eva y por las mujeres a quienes se perseguía por brujería.
- Los líderes de la Reforma en el siglo xvi rechazaron el requisito de que los clérigos abrazaran el celibato; para ellos, la expresión sexual constituye un aspecto importante del matrimonio.
- A las mujeres se les consideraba asexuales durante la era victoriana, y la vida de las mujeres y hombres “íntegros” estaba muy separada. A menudo los hombres visitaban prostíbulos para tener compañía y relaciones sexuales.

- Las teorías de Freud, los resultados de la investigación y el movimiento feminista cambiaron la idea victoriana de que las mujeres son seres asexuales.
- La participación de Estados Unidos en la Primera y Segunda Guerra Mundial puso a los hombres norteamericanos en contacto con la sexualidad más abierta de Europa y obligó a las mujeres a integrarse a la fuerza laboral (temporalmente).
- Los adelantos técnicos de la anticoncepción en el siglo xx han permitido que las personas separen la sexualidad de la procreación en un grado que antes era imposible.
- Los cambios tan importantes en el conocimiento y la aceptación de la homosexualidad empezaron en la década de 1960.

Los medios y la sexualidad

- Los medios masivos como los conocemos tienen poco tiempo de existir en comparación con la vasta experiencia humana, mucho más rica.
- La explosión de los medios masivos —radio, cine, televisión, grabadoras de video, los discos de video digital (DVD) e Internet— proporcionan una amplia gama de información y desinformación sexual que por lo menos permite destacar la diversidad de la sexualidad humana.
- En los medios populares siguen aumentando las escenas de sexo explícito.
- El impacto de Internet en las actitudes, conocimientos y conducta sexuales ofrece posibilidades constructivas y destructivas.

La sexualidad: donde lo personal es político

- Los cambios científicos, psicológicos y sociales durante el siglo xx han mejorado la capacidad del individuo moderno para tomar decisiones personales en lo tocante al sexo.
- Este tema tan personal se fusiona con la “política” mediante las leyes, las políticas sociales y las normas.

📖 Lecturas recomendadas

- Barstow, Anne** (1994). *Witchcraze*. San Francisco: Pandora. Un relato amplio y sugestivo de la cacería de brujas y de la violencia relacionada con el género.
- D’Emilio, John, y Estelle Freedman** (1988). *Intimate Matters*. Nueva York: Harper & Row. Un estudio exhaustivo de la historia de la sexualidad y de cómo han cambiado su significado y su lugar en Estados Unidos.
- Kilbourne, Jean** (2000). *Can’t Buy My Love: How Advertising Changes the Way We Think and Feel*. Nueva York: Simon &

Schuster. Una mirada esclarecedora a los mensajes referentes al sexo, el poder y las relaciones en la publicidad.

Klein, Marty (2006). *America’s War on Sex: The Attack on Law, Lust and Liberty*. Westport, CT: Praeger Publishers. Una exposición sobre el socavamiento sistemático de los derechos sexuales y de reproducción por parte de los conservadores religiosos.

Klein, Marty. Sexual Intelligence Newsletter en www.sexual-intelligence.org. Reto a la actitud negativa y a la hipocresía gubernamental en materia sexual.

Reichert, Tom (2003). *The Erotic History of Advertising*. Nueva York: Prometheus Books. Historia pormenorizada del uso de lo erótico en la publicidad.

📖 Recursos en la Web

Sitio web CengageLearning

Visite www.cengage.com/highered para enlazarse con diversos recursos, como preguntas de repaso, actividades interactivas, vínculos con Internet, ejercicios de pensamiento crítico, foros de discusión y muchos otros servicios. También puede acceder a los sitios desde el Wadsworth Psychology Study Center (<http://psychology.wadsworth.com>) o conectarse directamente a los siguientes sitios:

Nota. Tenga en cuenta que este material es independiente del libro y que las páginas que lo contienen pueden ser modificadas o eliminadas sin previo aviso.

Human Sexuality Web

Sitio diseñado, mantenido y actualizado por los graduados de la Universidad de Missouri (Kansas City), que contiene información relativa a la educación sexual, asesoría sexual, problemas de salud sexual y temas afines.

SIECUS

SIECUS (Sexuality Information and Education Council of the United States) es una organización no lucrativa muy respetada que se especializa en educación sexual y en sexualidad. Su sitio web proporciona información actualizada y confiable.

Ask NOAH About Sexuality

NOAH (New York Online Access to Health) ofrece recursos detallados y relevantes sobre problemas sexuales tanto en el sitio web en inglés como en el sitio web en español.

Variations in Sex Law

Este sitio tiene un conjunto interesante de enlaces con las leyes concernientes a la sexualidad en Australia, Canadá, varios estados de la unión americana y países tradicionales del islam.



Sitio web de apoyo a la obra en inglés

Visite el sitio web de la obra (*Our Sexuality Book Companion Website*) en

<http://latinoamerica.cengage.com/crooks> y elija la décima edición de este libro. Haga clic en "Apoyo electrónico para el estudiante". Allí encontrará herramientas que le ayudarán a aprovechar al máximo su tiempo de estudio: encuestas de actitud, crucigramas, temas de ensayo, tarjetas mnemotécnicas de los principales conceptos y sus definiciones, un glosario general, preguntas de opción múltiple y falso-verdadero, vínculos con sitios web sobre temas relacionados con cada capítulo, bibliografía general y un examen final. Asimismo, encontrará un vínculo para comprar el acceso a más material suplementario en línea: CengageNow.



CengageNow ¡Exactamente lo que necesita saber AHORA!

Dedique tiempo a lo que necesita dominar, no a la información que ya aprendió. CengageNow es un paquete de recursos electrónicos que le ayudará en su aprendizaje. Realice una prueba preliminar del capítulo, y CengageNow generará un plan personalizado de estudio a partir de sus resultados. El plan identificará los temas que debe repasar y lo dirigirá a los recursos en línea que le servirán para dominarlos. Después efectuará una prueba para determinar los conceptos que ya aprendió y aquellos en los que todavía debe trabajar. Visite el sitio www.cengage.com/login si ya tiene su código de acceso. Si no cuenta con él, siga el vínculo *Buy Now*. Escriba *Our Sexuality* en el campo de título. Elija la décima edición de este libro. Haga clic sobre la opción *CengageNow*. Se desplegará una solicitud de acceso y los precios en dólares americanos.



Biblioteca en línea InfoTrac College Edition

Investigue si su institución cuenta con un convenio de uso de InfoTrac, una de las mejores y más vastas bibliotecas en línea del mundo en el ámbito educativo. Conéctese a www.cengage.com/login para acceder a InfoTrac College Edition, biblioteca de consulta en línea que contiene multitud de revistas, muchas exclusivamente sobre la sexualidad humana: *Archives of Sexual Behavior*; *Archives of Sexual Health Behavior*; *Canadian Journal of Human Sexuality*; *Hispanic Journal of the Behavioral Sciences*; *Journal of Cross-Cultural Psychology*; *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*; *Journal of Sex Research* y *Sex Roles*.

C A P Í T U L O 2

capítulo 2

► Los objetivos de la sexología

¿Cuáles son los principales objetivos de la sexología?

¿Servirse de los resultados de la investigación para controlar o modificar la conducta es una meta legítima de la investigación sexual?

► Métodos de investigación no experimentales

¿Cuáles son las ventajas y desventajas de los tres métodos no experimentales con que se estudia la sexualidad?

¿Cuáles de los métodos no experimentales han aportado la mayor parte de los datos concernientes a la sexualidad humana?

► El método experimental

¿Cómo se estudia la conducta sexual en las investigaciones de laboratorio dedicadas a la sexualidad humana?

¿Qué ventajas y limitaciones tienen los estudios experimentales?

► Tecnologías utilizadas en la investigación sobre el sexo

¿Cómo miden los investigadores la excitación sexual aplicando instrumentos electrónicos?

¿Pueden las computadoras e Internet ayudar a obtener información delicada?

► Normas éticas en la investigación de la sexualidad humana

¿Qué problemas éticos enfrentan los investigadores y cómo los resuelven?

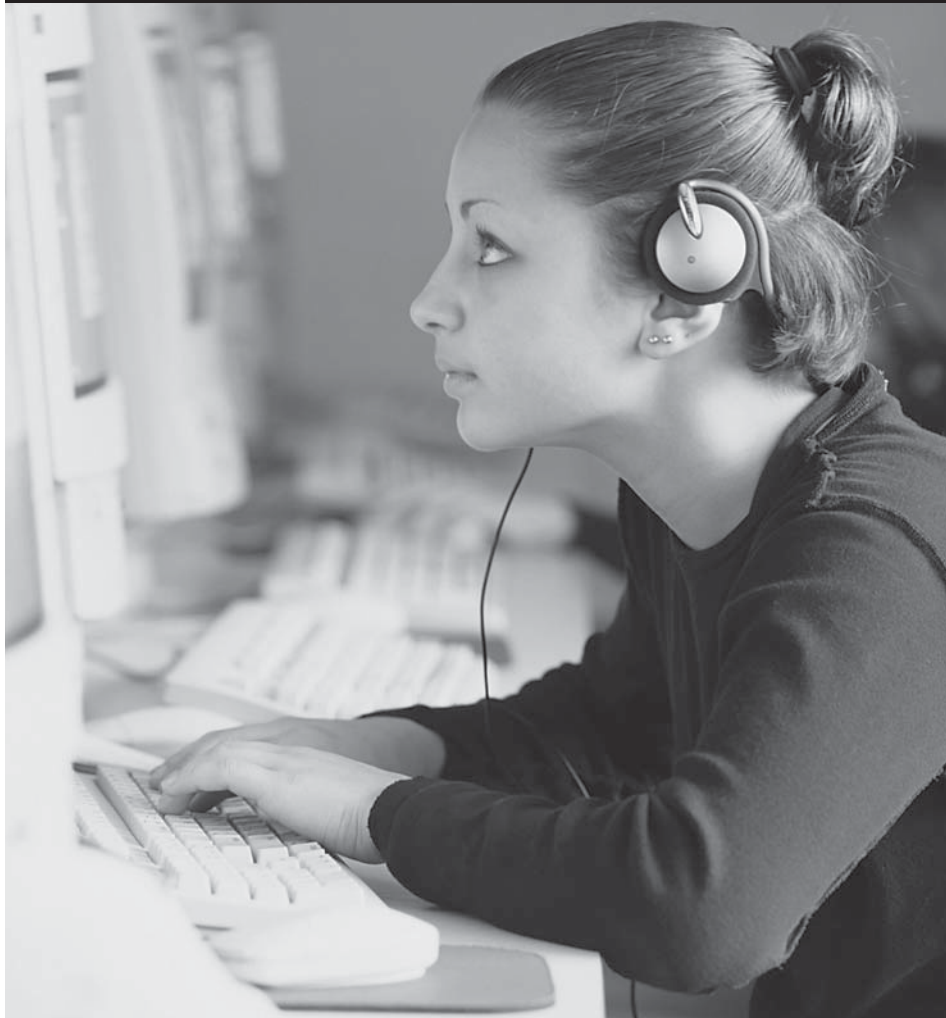
¿Es ético realizar una investigación en el ciberespacio?

► Evaluación de la investigación: algunas preguntas

¿Hasta qué punto debemos confiar en los resultados de una investigación sobre el sexo?

¿Qué preguntas importantes conviene plantear al evaluar un ejemplo particular de investigación sexual?

La investigación acerca del sexo: métodos y problemas



Rob Meinychuk/Getty Images

Siempre he sido escéptico con respecto a las investigaciones de la sexualidad que se publican en periódicos, revistas y libros. ¿Con qué exactitud es posible estudiar algo tan privado? (Archivo de los autores.)

- Varios observadores sociales señalan lo siguiente: los varones que ven películas, revistas y otro tipo de pornografía con escenas sexuales violentas suelen adoptar una actitud agresiva frente a las mujeres. De ahí su tendencia creciente a cometer violación y otras acciones abusivas en contra de ellas.
- Muchos piensan que unos cuantos tragos hacen más placentero el sexo. Aseguran que, tras ingerir un poco de alcohol, sus inhibiciones se relajan, y se sienten más sensuales y amistosos con la persona que los acompaña.
- A principios del siglo xx Sigmund Freud sostuvo que el orgasmo femenino logrado con la penetración vaginal era más “maduro” que el que se lograba con la estimulación del clítoris exclusivamente. En la actualidad se supone que el orgasmo “vaginal” es superior al clitoriano.

Sin duda alguna el lector ha escuchado las afirmaciones anteriores, y quizá coincida con una o con todas. Pero si tuviera que probar que son verdaderas o falsas, ¿cómo recabaría la evidencia correspondiente? O como dice la cita anterior, ¿de qué modo estudiamos el sexo?

La **sexología**, o el estudio de la sexualidad, tiene por objeto probar esta clase de suposiciones en forma científica para determinar si son verdaderas o falsas y descubrir lo que revelan las relaciones subyacentes, si es que existen, lo cual es una tarea nada fácil. Aunque intrínsecamente interesante para todos nosotros, por su propia naturaleza la conducta sexual también es difícil de estudiar porque ocupa un área muy privada de la vida que pocos deseamos comentar con los demás. Las personas se sienten incómodas o incluso amenazadas cuando se les pide revelar a otro detalles acerca de sus actitudes o conducta sexual, sobre todo a un investigador a quien no conocen (Turner, 1999). Además, el tema de la sexología se caracteriza por abundantes mitos, exageraciones, secretos y juicios de valor.

A pesar de tales problemas, los investigadores han ido acumulando un acervo creciente de datos en torno a las conductas y actitudes sexuales, incluidas las tres suposiciones con que empieza este capítulo: ¿La pornografía violenta propicia conductas de abuso como la violación? ¿El alcohol aumenta el placer sexual? ¿Qué diferencias hay entre el orgasmo vaginal y el clitoriano? Volveremos a estas y otras preguntas cuando veamos los métodos con que se estudia la sexualidad, el tipo de preguntas adecuadas para cada uno y los problemas que involucran. Al hacerlo, aprenderemos algo sobre la evaluación de las investigaciones publicadas.

Confiamos en que en las siguientes páginas aprenda a apreciar lo que sabemos y lo que no sabemos todavía, así como la confianza que merecen los datos disponibles. Quizá también descubra los pasos que deberían darse para ampliar el conocimiento científico de la conducta sexual. Acaso usted contribuya a enriquecer nuestro acervo en esta área tan importante de la experiencia humana. Lo invitamos a intentarlo.

Sexología El estudio de la sexualidad.



Palabras para consultar en InfoTrac*

● Sexología

► Los objetivos de la sexología

Quienes estudian la sexualidad humana comparten ciertas metas con los científicos de otras disciplinas: *conocer*, *predecir* y *controlar* (o influir en) los hechos que constituyen el objeto de su campo respectivo.

* Investigue si su institución tiene un convenio de uso de InfoTrac, una de las mejores y más vastas bases de datos en el ámbito educativo. También puede indagar otros términos en sitios avalados por organizaciones especializadas y de reconocido prestigio.

Los dos primeros objetivos —conocer y predecir la conducta— son fáciles de entender. Por ejemplo, un farmacéutico que sabe cómo interfieren los antihipertensivos en el funcionamiento sexual, podrá aprovechar ese conocimiento para predecir qué dosis de un medicamento toleraría un paciente sin afectar su desempeño sexual. De manera análoga, si un psicólogo sabe cómo ciertos patrones de conducta influyen en la calidad de la interacción entre parejas, podrá predecir si serán felices en el matrimonio.

El tercer objetivo —aplicar al control de la conducta el conocimiento adquirido con medios científicos— es un concepto más difícil de entender. Por eso, a muchos les preocupa la legitimidad de aplicar el conocimiento científico con ese fin. Tal vez convenga un poco de escepticismo en este aspecto, pues sería falso afirmar que todo el conocimiento aportado por la investigación lleva directamente al control de la conducta. Sin embargo, los sexólogos han conseguido influir en gran cantidad de fenómenos. Por ejemplo, saber cómo el adolescente toma decisiones sobre el uso de anticonceptivos produjo los programas de educación sexual en la escuela, muchos de los cuales están vinculados a los servicios clínicos de planificación familiar. Con programas tan innovadores se han logrado cambios positivos de conducta, entre ellos un uso mayor de anticonceptivos entre los adolescentes sexualmente activos. Igualmente, el conocimiento de las causas psicobiológicas de ciertos problemas sexuales —la eyaculación precoz y la falta de lubricación vaginal— ha permitido a los especialistas diseñar terapias para controlar dichos síntomas, según veremos en el capítulo 14.

Pocos se opondrán al objetivo de controlar los eventos que acabamos de describir o por lo menos al objetivo de influir en ellos. Pero los sexólogos, igual que otros científicos, también encaran situaciones donde la aplicación de este objetivo lleva a cuestionamientos importantes. Por ejemplo: ¿es conveniente que los especialistas en fertilización hagan uso de sus conocimientos para ayudar a una pareja a concebir un hijo de un sexo deseado?, ¿debería un terapeuta sexual someter a estímulos repulsivos (como olores putrefactos) a los transgresores sexuales en prisión con tal de regular los impulsos sexuales desviados? Controlar o influir en la conducta humana es un objetivo que ha de evaluarse dentro del marco de la ética, como se verá en el capítulo 14.

En comparación con muchas otras disciplinas, la sexología es una ciencia incipiente, ya que nació en el siglo xx. El innovador trabajo de Alfred Kinsey, el primer investigador en efectuar una encuesta general de largo alcance sobre la conducta sexual de los norteamericanos, abarca los últimos años de la década de 1940 y los primeros de la de 1950. Todavía quedan muchas preguntas por contestar, aunque hemos venido acumulado un acervo considerable de datos. En el resto del libro examinaremos algunos de los métodos de investigación con que se explora la sexualidad humana.

❶ Métodos de investigación no experimentales

Comenzamos este capítulo con tres ideas importantes relativas a la conducta sexual: la exposición a pornografía violenta puede aumentar la tolerancia ante los actos sexualmente violentos y el deseo de cometerlos (entre ellos la violación); el alcohol intensifica la respuesta sexual; los orgasmos vaginales son superiores a los del clítoris. ¿De qué manera los investigadores prueban este tipo de hipótesis? En la presente sección examinaremos tres métodos no experimentales: 1) el estudio de caso; 2) la encuesta, y 3) la observación directa. Más adelante explicaremos un cuarto método: el experimental. En la ➡ **tabla 2.1** se resumen los cuatro métodos. Como se comprobará, no todos son adecuados a cualquier clase de pregunta de investigación.

Estudios de caso Método no experimental de investigación que examina individualmente y en profundidad a un sujeto o a un grupo pequeño de sujetos.

Estudios de caso

Con este método se examina a un solo sujeto o a un grupo pequeño de sujetos, cada uno de los cuales se estudia en forma individual y en profundidad. Para recabar los datos se utilizan varios medios: observación directa, cuestionarios, pruebas e incluso experimentación.

➔ TABLA 2.1

Resumen de los métodos de investigación

Método	Breve descripción	Ventajas	Desventajas
Estudio de caso	Examina a un sujeto o a un grupo pequeño de sujetos individualmente y en profundidad.	Flexibilidad de los procedimientos con que se obtienen los datos. Exploración profunda de las conductas, las ideas y los sentimientos.	Escasa generalización de los resultados. Confiabilidad de los datos limitada por las deficiencias de la memoria humana. No adecuado para muchos tipos de preguntas de investigación.
Encuesta	Datos referentes a las actitudes y conductas sexuales obtenidos de grupos relativamente numerosos por medio de cuestionarios o entrevistas.	Método barato y rápido para obtener grandes cantidades de datos. Puede recabarse información de más personas de lo que permiten el laboratorio o el estudio de caso.	Problemas de: No respuesta. Sesgo demográfico. Información poco confiable.
Observación directa	Los investigadores observan y registran las respuestas de los sujetos.	Elimina prácticamente cualquier posibilidad de falsificar los datos. El registro de las conductas puede conservarse de manera indefinida en cintas de video o películas.	La conducta de los sujetos puede ser influida por la presencia de uno o varios investigadores o por la naturaleza artificial del ambiente donde se les observa.
Método experimental	A los sujetos se les muestran ciertos eventos (estímulos) en condiciones controladas que permiten medir objetivamente sus reacciones.	Ofrece un ambiente controlado para manipular las variables. Es adecuado para descubrir las relaciones causales entre variables.	La artificialidad del ambiente de laboratorio puede influir de manera negativa en los sujetos o viciar sus respuestas.

Los individuos se convierten en sujetos de un estudio de caso porque se comportan en forma atípica o porque sufren un trastorno físico o psicológico. Por tanto, gran parte de la información actual sobre los problemas de la respuesta sexual (la disfunción eréctil en varones y la ausencia de orgasmo en las mujeres) proviene de estudios de personas que se atienden para superarlo. Lo mismo es válido por lo que sabemos de los transgresores sexuales, los transexuales, las víctimas de incesto, etcétera.

Así pues, se comprende que en varios estudios de caso se haya investigado la relación entre los medios sexualmente violentos y la violación. Muchas veces los violadores aseguran que tuvieron contacto con gran número de películas, revistas y libros de violencia intensa (Marshall, 1988), pero no se ha demostrado que dichas actitudes y conductas con la mujer provengan de manera directa del contacto con esa categoría de medios. El solo hecho de que los violadores muestren mayor inclinación que el resto de la población a consumir pornografía no indica necesariamente una relación causal.

Quizá haya otras explicaciones verosímiles. Por ejemplo, el tipo de entorno que hace más violentos a los hombres frente a la mujer quizá también incluya el acceso fácil a pornografía agresiva. Y también puede ser cierto lo contrario: los hombres que muestran esa tendencia posiblemente estén inclinados a consumir la pornografía de carácter sexual violento. En conclusión, aunque el método de estudio de caso revele que esta exposición a ciertos medios a menudo se acompaña de la violación, no puede decirnos con exactitud en qué consiste tal relación.

Con el estudio de caso se ha investigado la afirmación común de que el alcohol intensifica la respuesta y el placer sexual. De hecho, la evidencia indica justo lo contrario, por lo menos entre alcohólicos crónicos. Se ha comprobado una reducción de la excitabilidad y un menor interés sexual, aunque es posible que este efecto se deba al deterioro físico general que acompaña a un excesivo consumo de alcohol durante largo tiempo.



Pensamiento crítico

En muchos experimentos se descubrió un nexo entre niveles demasiado bajos de testosterona y una disminución del deseo sexual en hombres y mujeres. ¿Con un estudio de caso podemos saber si este nexo refleja una relación causal? De ser así, ¿cómo? Y de no ser así, ¿por qué?

El estudio de caso ofrece algunas ventajas. Una es la flexibilidad de los procedimientos con que se recaban los datos. Aunque el formato abierto de este método permite pocas oportunidades para controlar lo investigado, a menudo brinda ocasión para esclarecer determinadas conductas. La información personal y subjetiva de lo que los individuos piensan y sienten respecto de su comportamiento es un paso que va más allá del simple registro de actividades. Es un método que sacrifica un poco el control, pero brinda la oportunidad de explorar a profundidad determinadas conductas, ideas y sentimientos, con lo que es posible enriquecer de manera considerable nuestra información.

No obstante, el estudio de caso tiene ciertas limitaciones. Como suele centrarse en los individuos o en pequeñas muestras de casos especialmente interesantes o atípicos, a menudo resulta difícil generalizar los resultados a poblaciones más extensas. Otra limitación consiste en que los antecedentes del sujeto, sobre todo su niñez y adolescencia, rara vez se convierten en objeto de investigación hasta que éste manifiesta alguna conducta extraña en la edad adulta. No es fácil recordar lo sucedido años atrás. Además, la memoria está sujeta a un esfuerzo intencional de distorsionar los hechos o reprimirlos.

Una tercera limitación del estudio de caso consiste en que no es adecuado para muchos tipos de preguntas de investigación. Por ejemplo, no sería el método idóneo para probar la tercera suposición planteada al inicio del capítulo: los orgasmos vaginales son superiores a los obtenidos mediante el clítoris. La confiabilidad del método también está en tela de juicio, pues los relatos personales reciben la influencia de factores como emociones, valores y divagaciones de la memoria. Como veremos más adelante, este tipo de problema se resuelve si se recurre a la observación directa.



© David Young-Wolff/PhotoEdit

Encuestas

La mayor parte de la información referente a la sexualidad humana se consigue con un segundo método: la **encuesta**. En ella, los entrevistados responden a preguntas respecto de sus experiencias o actitudes sexuales. La encuesta permite a los investigadores recopilar datos de gran cantidad de personas, generalmente más de las que podrían estudiar en una clínica o laboratorio. Se realiza en forma oral, mediante una entrevista personal o telefónica, o mediante cuestionarios de papel y lápiz. En años recientes, con las entrevistas computarizadas se ha obtenido información sobre conductas sexuales y otros temas delicados. Más adelante explicaremos con mayor amplitud este apoyo tecnológico para la investigación.

Aunque los métodos con que se efectúan las entrevistas orales y escritas varían un poco, su propósito es el mismo: valerse de un grupo relativamente pequeño —*muestra de la encuesta*— para extraer conclusiones aplicables a un grupo más numeroso (llamado *población objetivo* o *blanco*), que posee una característica particular. Como ejemplos tenemos a los adultos casados y a los adolescentes que cursan la enseñanza media.

Selección de la muestra

Las preguntas que formulan los sexólogos suelen aplicarse a poblaciones demasiado extensas para estudiarlas en su totalidad. Por ejemplo, si el lector quisiera recabar información referente a las prácticas sexuales de los matrimonios norteamericanos de edad avanzada, la población incluiría a las parejas de cierta edad, digamos de 65 años. Por supuesto, sería imposible interrogar a todos los miembros de dicho grupo. El problema lo resuelven los investigadores consiguiendo datos de una muestra relativamente pequeña de la

La mayor parte de la información sobre la conducta sexual humana se ha recabado mediante encuestas por cuestionario o entrevista.

Encuesta Método de investigación en el cual a una muestra de individuos se les pregunta algo sobre su conducta, actitudes o ambas.

prácticas sexuales de los matrimonios norteamericanos de edad avanzada, la población incluiría a las parejas de cierta edad, digamos de 65 años. Por supuesto, sería imposible interrogar a todos los miembros de dicho grupo. El problema lo resuelven los investigadores consiguiendo datos de una muestra relativamente pequeña de la

población objetivo. La confianza de sus conclusiones sobre la población dependerá de las técnicas con que seleccionen la muestra.

Por lo regular procuran escoger una **muestra representativa** (a veces llamada *muestra probabilística*), es decir, una en la que varios subgrupos estén representados proporcionalmente según su incidencia en la población objetivo. Estas poblaciones pueden dividirse en subgrupos más pequeños mediante criterios como edad, nivel socioeconómico, ubicación geográfica y afiliación religiosa. En una muestra representativa todos los individuos de la población tienen igual probabilidad de ser incluidos.

¿Mediante qué procedimientos seleccionaría usted una muestra representativa susceptible de encuestarse para determinar las prácticas sexuales de los matrimonios formados por personas mayores? ¿Cómo garantizaría la representatividad de la muestra escogida? Para empezar bien podría obtener las estadísticas de la Oficina del Censo de Estados Unidos (U.S. Census Bureau) sobre el número de matrimonios de personas de 65 años o más que residan en las principales regiones geográficas de ese país (este, sur, etc.). Después seleccionaría subgrupos de la muestra atendiendo a la distribución real de la población más extensa. Por tanto, si 25% de dichos matrimonios vive en el este, habrá de extraer de esa región 25% de su muestra. De modo análogo, si 15% de los matrimonios que viven en el este caen dentro de la categoría de nivel socioeconómico alto, 15% de los sujetos seleccionados del este se extraerá de este grupo.

Una vez que haya recopilado las listas de los sujetos potenciales de manera sistemática, el último paso consistirá en elegir a los sujetos con los cuales trabajar. Para asegurarse de que todos los integrantes de los subgrupos tengan igual probabilidad de ser incluidos, utilice una tabla de números al azar para generar selecciones aleatorias a partir de las listas. Si realizó de manera correcta estos procedimientos y si la muestra definitiva es lo suficientemente grande, estará razonablemente seguro de que los resultados pueden generalizarse a todos los matrimonios norteamericanos de 65 años o más.

Otro tipo de muestra, la **muestra aleatoria**, se obtiene de una población mayor por medio de procedimientos aleatorios. Ésta puede ser igual o no a la muestra representativa. Supongamos que usted es un sociólogo en una universidad rural del oeste medio, cuyos alumnos en general tienen ideas sociales conservadoras. Usted es profesor y desea efectuar una encuesta para averiguar si los estudiantes universitarios de Estados Unidos practican encuentros sexuales informales (es decir, relaciones de corto plazo o sin amor entre desconocidos o personas que apenas se conocen). Es fácil seleccionar a los sujetos entre la población inscrita en su universidad, así que escoge una muestra de la matrícula estudiantil.

Una considerable mayoría contestará un cuestionario bien diseñado y administrado en forma anónima. ¿Tiene ahora una seguridad razonable de que los resultados reflejan la propensión de los alumnos a este tipo de prácticas, si no en todo el territorio del país, por lo menos en su región geográfica? Por desgracia, la respuesta es negativa, porque seleccionó a sujetos de una muestra que no necesariamente representa a la comunidad global de universitarios. Los jóvenes de su universidad tienden a sostener ideas sociales conservadoras, rasgo capaz de influir en la probabilidad de realizar dichas prácticas, lo que los hace diferentes de segmentos más amplios de los estudiantes universitarios norteamericanos, sobre todo de los que asisten a escuelas urbanas de la costa este y oeste, cuyas ideas sociales son más liberales.

En conclusión, aunque la aleatorización a menudo es un instrumento de selección válido, una muestra no será verdaderamente representativa a menos que refleje a todos los subgrupos importantes de la población objetivo. Considerando todo, las muestras representativas generalmente admiten generalizaciones a la población entera más confiables que las muestras aleatorias. Pese a ello, estas últimas suelen ser adecuadas y por eso se utilizan tanto.

Muestra representativa

Tipo de muestra limitada que representa fielmente una mayor población objetivo de interés.

Muestra aleatoria

Subgrupo de una población que ha sido elegido al azar.

Pensamiento crítico

¿Con qué procedimientos seleccionaría una muestra representativa de estudiantes universitarios de 18 a 22 años a fin de determinar el efecto del consumo de alcohol en el funcionamiento sexual?



Palabras para consultar en InfoTrac

- Encuesta sobre el sexo
- Muestra sexual aleatoria

Cuestionarios y entrevistas

A los sujetos de la muestra, una vez escogidos, se les encuesta por medio de un cuestionario escrito o de una entrevista. Ambos procedimientos consisten en plantearles una serie de preguntas, desde unas cuantas hasta más de mil. Pueden ser de opción múltiple, selección verdadero-falso o preguntas abiertas; los sujetos las contestan en la privacidad de su hogar o en presencia de un investigador.

El método de encuesta ofrece ventajas y desventajas. Los cuestionarios se administran más rápido y con un costo menor al de las entrevistas. Además, el hecho de llenar un formulario permite un mayor anonimato que la reunión cara a cara con un entrevistador; eso permite que los sujetos contesten las preguntas con honestidad y una distorsión mínima. La conducta sexual es algo muy personal, y en las entrevistas, los sujetos estarán tentados a describir sus conductas o actitudes en una forma positiva. Finalmente, los datos escritos están menos expuestos a los prejuicios del investigador que los de una entrevista y pueden evaluarse con objetividad.

Por otra parte, la entrevista ofrece algunas ventajas que no tiene un cuestionario. En primer lugar, su formato es más flexible: si una pregunta parece confusa al sujeto, el investigador se la aclara. En segundo lugar, éste tiene la opción de modificar el orden de las preguntas si lo juzga conveniente en un caso particular. Por último, un investigador experto establecerá una excelente relación con los sujetos; la confianza que cree generará respuestas más reveladoras que un cuestionario de papel y lápiz. Algunos estudiosos del sexo han comprobado que combinar las entrevistas personales (tendientes a establecer una relación) con los cuestionarios por escrito para obtener información delicada es un método de encuesta sumamente eficaz (Laumann y colaboradores, 1994; Siegel y colaboradores, 1994).

Problemas de la investigación sexual por encuesta: no respuesta, veracidad y sesgo demográfico

Cualquiera que sea la estrategia de encuesta que se aplique, los investigadores advierten la dificultad de extraer una muestra representativa. Ello se debe a que muchas personas no quieren participar en este tipo de estudios. Supongamos que usted aplicó los procedimientos apropiados de muestreo para elegir una muestra de matrimonios de personas mayores en el ejemplo antes mencionado. ¿Qué proporción de ella estará realmente dispuesta a contestar las preguntas? La **no respuesta** (negativa a participar) es un problema común con que a menudo hay que lidiar (Turner, 1999).

Nadie ha realizado una encuesta de gran amplitud acerca del sexo en la que el 100% de los sujetos haya participado de manera voluntaria. Más bien algunas incluyen resultados obtenidos de muestras en las cuales sólo una pequeña minoría contestó. Surge entonces una pregunta importante: ¿las personas que aceptan participar en este tipo de investigaciones son distintas de las que se niegan?

Quizá los voluntarios constituyan una sección transversal representativa de la población, pero carecemos de un fundamento teórico o estadístico para afirmarlo. De hecho, posiblemente lo contrario sea cierto: esos individuos son los que desean con fervor compartir sus experiencias, los que han explorado una amplia gama de actividades eróticas o se sienten cómodos con su sexualidad. (O tal vez piensen que su conducta es atípica o extrema.) La preponderancia de sujetos expertos, inexpertos, liberales o conservadores puede distorsionar cualquier muestra.

Las investigaciones revelan que la **autoselección** (o sesgo de voluntarios) constituye una preocupación importante entre los estudiosos (Plaud y colaboradores, 1999; Wiederman, 2001). Estas personas tienen más experiencia sexual y actitudes más positivas frente a la sexualidad y a la investigación correspondiente que el resto de la población (Boynton, 2003; Plaud y colaboradores, 1999; Wiederman, 1999). Además, se sabe que las mujeres tienden menos que los varones a participar en las investigaciones (Boynton, 2003; Plaud y colaboradores, 1999), de modo que las muestras formadas con mujeres son más selectivas.

No respuesta Negativa a participar en una investigación.

Autoselección Sesgo introducido en los resultados de una investigación debido al deseo de contestar de los participantes.

Otro problema de las encuestas es la veracidad de las respuestas. La mayor parte de los datos referentes a la conducta sexual se obtiene de lo que dicen las personas acerca de su experiencia, y la conducta real puede ser muy distinta de la que señalan (Catania, 1999b; Ochs y Binik, 1995). ¿Cuántas recuerdan con exactitud la fecha en que se masturbaron por primera vez, con qué frecuencia o a qué edad experimentaron su primer orgasmo? Algunos distorsionan o falsifican sus revelaciones con tal de conservar e incluso mejorar su imagen social (Catania, 1999b). Esta tendencia a dar respuestas *socialmente deseables* se presenta a veces entre quienes de manera consciente o inconsciente ocultan ciertos hechos concernientes a su historia sexual porque los consideran anormales, tontos o porque su recuerdo les provoca dolor. En ocasiones existe la presión de negar o minimizar las experiencias de conductas que son objeto de fuertes tabúes: incesto, homosexualidad y masturbación. Otras veces se exagera deliberadamente una experiencia quizá por el deseo de parecer más liberal, experto o adecuado.

Un tercer problema de las encuestas es el **sesgo demográfico**. En general, la información disponible acerca del sexo en Estados Unidos proviene de muestras formadas en su mayor parte por voluntarios de raza blanca y de clase media. Por lo regular los estudiantes universitarios y los empleados administrativos están sobrerrepresentados, en tanto que están subrepresentadas las minorías étnicas y raciales, lo mismo que los individuos de baja escolaridad.

¿Hasta qué punto influyen en los resultados de una investigación la no respuesta y el sesgo demográfico? No podemos decirlo con seguridad. Pero mientras algunos elementos de la sociedad —entre ellos las minorías a que acabamos de referirnos— estén subrepresentados, habrá que ser cautos al momento de generalizar los resultados a la población entera. El déficit informativo acerca de las conductas sexuales de las minorías raciales y étnicas de Estados Unidos ha venido disminuyendo gracias a varios trabajos recientes que abarcan a integrantes de diversos grupos étnicos. Así, se ha demostrado que a menudo la etnicidad ejerce un fuerte influjo sobre las actitudes y conductas sexuales (Laumann y colaboradores, 1994; Okazaki, 2002; Wiederman y colaboradores, 1996). A lo largo del libro iremos explicando los resultados de varios de esos trabajos al tratar de la etnicidad en relación con algunos temas.

Sesgo demográfico Tipo de error muestral en el cual algunos segmentos de la sociedad (blancos, clase media, profesionales) están sobrerrepresentados en la población objetivo.



Palabras para consultar en InfoTrac

- Sesgo demográfico
- Sesgo de autoselección

Los informes Kinsey

Los estudios de Alfred Kinsey son acaso los mejor conocidos y más ampliamente citados como ejemplos de la investigación por encuesta. Junto con sus colegas, Kinsey publicó dos extensos volúmenes en la década después de la Segunda Guerra Mundial. Uno de ellos, consagrado a la sexualidad masculina, apareció en 1948; el informe de seguimiento sobre la sexualidad femenina se publicó en 1953. Ambos contienen los resultados de entrevistas exhaustivas cuyo propósito era averiguar los patrones de la conducta sexual de hombres y mujeres de Estados Unidos.

La muestra de Kinsey constaba de 5 300 varones de raza blanca y de 5 940 mujeres también de raza blanca. Los sujetos provenían de zonas rurales y urbanas de los estados y representaban varias edades, estados civiles, ocupaciones, niveles de escolaridad y religiones. Sin embargo, había un número mucho mayor de protestantes de escolaridad alta que residían en ciudades; en cambio, había una subrepresentación de personas mayores, de los residentes del campo y de las personas con menor escolaridad. En la muestra no figuraban afroamericanos ni otras minorías raciales. Y, finalmente, todos los sujetos eran voluntarios. En consecuencia, el segmento seleccionado por Kinsey no es en modo alguno una muestra representativa de la población estadounidense.

Aunque fueron publicados hace más de 50 años, muchos de los datos de sus encuestas siguen vigentes (Reinisch y Beasley, 1990). El tiempo transcurrido no altera la validez de algunos hallazgos, como los hechos de que en la conducta sexual influye la escolaridad y de que la heterosexualidad u homosexualidad a menudo no es absoluta. Sin embargo, las normas cambiantes de la sociedad influyen más en otros aspectos,



© Wallace Kirkland/Time Life Pictures/Getty Images

Alfred Kinsey, precursor de la investigación sobre el sexo, llevó a cabo una de las encuestas más exhaustivas acerca de la sexualidad humana.

como el índice de coitos entre personas solteras. Todo ello indica que los datos de Kinsey tendrán menor valor predictivo en las prácticas modernas relacionadas con esos aspectos. Pero aún en este caso los datos mantienen su vigencia, pues nos permiten estimar el grado de cambio de conducta a través de los años.



Palabras para consultar en InfoTrac

- Encuesta Nacional de Salud y Vida Social

La Encuesta Nacional de Salud y Vida Social (National Health and Social Life Survey)

La devastación causada por la epidemia del sida durante la década de 1980 se produjo en una época en que las autoridades sanitarias de Estados Unidos disponían de poca información sobre las prácticas sexuales de los ciudadanos. Con el propósito de llenar ese vacío informativo con datos que sirvieran para predecir y prevenir la difusión de la enfermedad, en 1987 un organismo del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) solicitó propuestas para estudiar las actitudes y prácticas sexuales de los adultos. Un equipo de distinguidos investigadores de la Universidad de Chicago atendió el llamado con el plan de una encuesta nacional para determinar la prevalencia de las mismas en la población. El equipo de investigación, formado por Edward Laumann y sus colegas John Gagnon, Robert Michael y Stuart Michaels, se sintió muy estimulado por la aceptación de su propuesta en 1988 y por la asignación de suficientes fondos del gobierno para apoyar una encuesta que se aplicaría a 20 000 personas.



Sexo y política



Pensamiento crítico

¿Debería el gobierno financiar la investigación acerca del sexo?
¿Se justifica la inversión con los posibles beneficios para la población?

Una muestra de semejante tamaño les permitiría obtener conclusiones seguras en torno a varias subpoblaciones de Estados Unidos, entre ellas las minorías étnicas y los homosexuales. Pero al cabo de más de dos años de una ardua planeación, sus esfuerzos sufrieron un terrible golpe cuando se les retiró el financiamiento gubernamental. En 1991 los miembros conservadores del Congreso, ofendidos por la propuesta de financiar una investigación sobre el sexo, aprobaron leyes que eliminaban el financiamiento federal con tales fines. Desafortunadamente la auténtica investigación acerca de la sexualidad sigue siendo objeto de ataques, sobre todo de organizaciones y políticos conservadores que todavía se sienten amenazados por ella (Clark, 2005). (Consúltese el recuadro “La investigación del sexo acotada”). ■

Sin desalentarse ante esto, Laumann y sus colegas consiguieron financiamiento de varias fundaciones privadas que les permitieron continuar con el proyecto, si bien ahora con una muestra mucho más pequeña. En colaboración con el Centro Nacional de Investigación de la Opinión (National Opinion Research Center) de la Universidad de Chicago, aplicaron refinadas técnicas de muestreo para seleccionar una muestra representativa de 4 369 estadounidenses, cuyas edades fluctuaban entre 18 y 59 años. Un sorprendente 79% de los sujetos aceptó participar, de manera que el grupo definitivo constaba de 3 432 encuestados. Una tasa tan elevada demuestra lo siguiente: muchos individuos aceptarán participar en una encuesta muy personal del sexo si se les garantiza que los beneficios sociales son importantes, así como la confidencialidad de sus respuestas. Más aún, la tasa —junto con el hecho de que ese segmento poseía en gran medida las características demográficas de la población general del país— arrojó datos que según los sociólogos revelan las prácticas sexuales de los adultos estadounidenses de 18 a 59 años de edad.

Ante la necesidad de reducir el tamaño de la muestra, Laumann y sus colegas no muestrearon una gama más amplia de subpoblaciones; en cambio, incluyeron a un gran número de afroamericanos y latinoamericanos para garantizar una información válida respecto de ambas minorías, las más numerosas del país. Así pues, aunque la población era representativa de norteamericanos de raza blanca, de afroamericanos y de hispanos, la cantidad de miembros de otras minorías raciales y étnicas (judíos, estadounidenses de origen asiático e indígenas americanos) que se incluyó fue tan pequeña que no proporcionó información útil al respecto.

La investigación del sexo acotada

Las organizaciones y los políticos conservadores han realizado un esfuerzo concertado para presionar a los organismos del gobierno federal (una de las principales fuentes de financiamiento), a fin de que retiren el apoyo económico a la investigación acerca del sexo o lo reduzcan al mínimo (Clark, 2005; Kaplan, 2004; Leshner 2003). Los grupos de cristianos fundamentalistas como la Traditional Values Coalition, han cabildeado incansablemente con tal de bloquear el financiamiento de varios de esos proyectos, en especial el destinado a sectores que para ellos no lo merecen; por ejemplo, los homosexuales y las prostitutas (Kaiser, 2003). En 2003, durante una reunión de comité celebrada en la Cámara de Representantes, Mike Ferguson (representante republicano por el estado de Nueva Jersey) presentó una lista de proyectos confeccionada por dicha coalición; en su opinión, los fondos no contribuirían a proteger la salud pública, de modo que era un desperdicio de dinero. Entre los proyectos de la lista figuraba un estudio de los patrones de la excitación sexual patrocinado por el Kinsey Institute y una investigación acerca de las conductas de riesgo para el VIH entre las sexoservidoras de San Francisco (Clark, 2003).

Por fortuna algunos miembros del Congreso, entre quienes destaca Henry Waxman (representante demócrata por el estado de California), defendieron el aporte federal a la investigación, lamentando al mismo tiempo el activismo de la coalición y de otras organizaciones similares que querían bloquear trabajos científicos de gran utilidad. El respaldo al financiamiento del estudio apenas logró contrarrestar la propuesta que en 2003 había presentado Patrick Toomey (representante republicano por el estado de Pennsylvania), con el fin de bloquear cinco subsidios específicos. La propuesta, conocida con el nombre de *enmienda Toomey*, fue derrotada apenas por dos votos.

Estas acciones “con la espada desenvainada” por parte de las fuerzas conservadoras significó un duro golpe para la investigación del sexo en Estados Unidos. Un ejemplo de las consecuencias de semejante presión fue la suspensión, en

2004, del programa Investigación y tratamiento de la sexualidad de la Universidad de Boston. Después de 20 años de trabajo, terminaba así un programa y una investigación valiosa de la excitación y la respuesta sexual (Clark, 2005). La amenaza de eliminar el financiamiento ha hecho que algunos investigadores busquen apoyo en las empresas farmacéuticas cuya finalidad fundamental es encontrar tratamientos para los problemas sexuales. Este cambio de las fuentes de apoyo ha tenido dos efectos directos. Ahora se da menos importancia a los aspectos psicosociales del funcionamiento sexual y la investigación abandonó “su misión original: mejorar el conocimiento de este aspecto trascendental de la conducta humana en forma tal que beneficie a toda la sociedad” (Clark, 2005, p. 18).

El problema de la investigación acotada viene a agravarse más por el hecho de que “la administración Bush, con ayuda del Congreso controlado por los republicanos, lanzó un ataque sin precedente contra la salud y los derechos a la sexualidad y reproducción, lo mismo en Estados Unidos que en el exterior” (Kempner, 2004, p. 3). Este programa represivo es “una guerra sin cuartel en contra de los condones y el sexo seguro” (Kaplan, 2004, p. 4). Un ejemplo del impacto de este clima político antisexual fue una auditoría de los trabajos financiados por el gobierno referentes al riesgo sexual en San Francisco, auditoría impulsada por los miembros conservadores del Congreso en 2003 (Clark, 2005).

Es una época difícil para efectuar investigaciones con respecto al sexo en Estados Unidos. La comunidad científica cerró filas, convencida de que sentaría un precedente peligroso permitir que los grupos extremistas controlaran el financiamiento destinado a la investigación. Confía en que la oposición a la intromisión de los políticos en esta área siga dando prioridad al análisis de la comunidad científica y que, por tanto, las decisiones de lo que constituye una investigación legítima queden en manos de profesionales expertos, no en manos de funcionarios electos.

Laumann y sus colegas capacitaron a 220 profesionistas con experiencia como encuestadores para que entrevistaran en persona a los 3 432 sujetos. Diseñaron el cuestionario para que se entendiera con facilidad y fuera presentando los temas con naturalidad. Al contratar a entrevistadores capacitados, se aseguraron de que los sujetos de la muestra entendieran las preguntas planteadas. Además, el cuestionario contenía comprobaciones internas que medían la coherencia de las respuestas para validarlas.

Este estudio, titulado Encuesta Nacional de Salud y Vida Social (National Health and Social Life Survey, *NHSLS*), aportó la información más completa sobre la conducta sexual de los adultos desde la época de la investigación de Kinsey. De hecho, gracias a que Laumann y sus colegas utilizaron técnicas de muestreo mucho mejores que las del grupo Kinsey, la suya es la encuesta más completa sobre el sexo y refleja en forma confiable las prácticas de los adultos en los años 1990.

Un análisis de los resultados se publicó en dos libros. El primero es un texto detallado y técnico titulado *The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the*

El equipo de investigación de la National Health and Social Life Survey (de izquierda a derecha): Robert Michael, John Gagnon, Stuart Michaels y Edward Laumann.



© Bruce Powell

United States (Laumann y colaboradores, 1994). Michael, Gagnon, Laumann y Gina Kolata —una prestigiosa autora de temas científicos del *New York Times*— escribieron una versión menos técnica destinada al público general titulada *Sex in America: A Definitive Study*. Este libro, también publicado en 1994, se convirtió en una obra de divulgación de gran demanda.

Como cualquier otra investigación, la National Health and Social Life Survey también tuvo sus críticos. No obstante, la mayoría de los sexólogos —entre quienes nos contamos nosotros— se sintieron impresionados con el excelente diseño y alcance del trabajo; en términos generales, coinciden en que los resultados son los más confiables de que se dispone hoy en día. Por ello no debe sorprendernos que la publicación de las dos obras haya atraído tanto la atención de los medios. En gran medida obedece a que los resultados contradecían la opinión común, alimentada por las encuestas difundidas en revistas y por las imágenes de los medios masivos, de que el pueblo norteamericano estaba “loco por el sexo” y se entregaba sin reservas a todo tipo de prácticas eróticas normales y anormales. En realidad se comprobó que está más feliz con su vida erótica, muestra menor actividad sexual y es más conservador de lo que se creía. Todo ello es especialmente irónico ante la oposición prejuiciada de los legisladores conservadores en contra del estudio de Laumann, pues temían que impulsara una desmesurada expresión sexual.

Como señalamos en páginas anteriores, el conocimiento del impacto de la diversidad étnica en la conducta sexual ha mejorado gracias a varias investigaciones. La que hemos venido explicando constituye un buen ejemplo de este acervo en expansión. En el recuadro siguiente vamos a comentar algunos hallazgos interesantes de este trascendental estudio que nos permiten comprender mejor la relación entre etnicidad y sexualidad.



Palabras para consultar en InfoTrac

● Sexualidad y diversidad

SEXUALIDAD Y DIVERSIDAD

Hallazgos relevantes tomados de la NHSL

De los 3 432 adultos norteamericanos que participaron en la encuesta NHSL, aproximadamente 75% de ellos eran norteamericanos de raza blanca, 12% eran afroamericanos y 8% eran hispanos; además se logró el equilibrio con otros grupos étnicos y raciales, sobre todo estadounidenses de origen asiático e indígenas norteamericanos (Laumann y colaboradores, 1994). La siguiente información proporciona una perspectiva general acerca de algunos de los hallazgos más sobresalientes.

Un resultado interesante fue que el porcentaje de parejas sexuales sin cohabitación en el mismo grupo étnico era muy alto, más de 90%, tanto en afroamericanos como en norteamericanos de raza blanca. En un marcado contraste, los participantes hispanos dijeron que apenas 50% de sus parejas sexuales sin cohabitación pertenecían a su grupo étnico. En la **tabla 2.2** se describen otras variaciones étnicas importantes. Dos de las diferencias más pronunciadas se observaron en el sexo oral y la masturbación. Los afroamericanos mostraron índices más bajos de participación en ambas prácticas que los norteamericanos de raza blanca o los hispanos.

➔ TABLA 2.2

	Norteamericanos blancos		Afroamericanos		Hispanos	
Práctica sexual	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Experiencia en proporcionar sexo oral (%)	81.4	75.3	50.5	34.4	70.7	59.7
Experiencia en recibir sexo oral (%)	81.4	78.9	66.3	48.9	73.2	63.7
Experiencia en el sexo anal (%)	25.8	23.2	23.4	9.6	34.2	17.0
No se masturbaron en el último año (%)	33.4	55.7	60.3	67.8	33.3	65.5
Se masturbaron por lo menos una vez a la semana en el último año (%)	28.3	7.3	16.9	10.7	24.4	4.7
Mujeres que alguna vez fueron violadas por un hombre (%)		23.0		19.0		14.0

Fuente: Laumann y colaboradores (1994).

Datos de una encuesta relativa a dos problemas: la pornografía violenta y el consumo de alcohol

¿De qué manera el método por encuesta podría usarse para explicar las tres afirmaciones con que empieza el capítulo? La primera, referente a los medios violentos y a la posibilidad de que los hombres muestren actitudes y conductas agresivas contra la mujer, ha sido objeto de varias encuestas en la última década.

Uno de los trabajos más notables incluyó a 222 estudiantes universitarios no transgresores, a quienes se aplicó un cuestionario sobre el uso de pornografía y la probabilidad de que cometieran una violación o utilizaran la fuerza sexual. El 81% de ellos había utilizado pornografía no violenta el año anterior; 35% había usado pornografía

violenta. Entre los de este último grupo, muchos más mencionaron la probabilidad de violar o usar la fuerza contra una mujer que los sujetos del primer grupo (Démare y colaboradores, 1988). Otras encuestas aplicadas a distintas poblaciones de varones (entre ellos algunos violadores encarcelados) han aportado pruebas de que el contacto con medios de violencia sexual puede aumentar la tolerancia de la agresión sexual, así como la aceptación del mito de que las mujeres quieren ser violadas, una menor sensibilidad ante las víctimas, la desensibilización ante la violencia contra la mujer y, en algunos casos, una probabilidad mayor de cometer una violación (Donnerstein y Linz, 1984; Rosen y Beck, 1988).

La segunda afirmación, que se refiere al efecto del alcohol en la reacción erótica, también ha sido objeto de encuestas. En una realizada en 1970, se preguntó a 20 000 norteamericanos de ambos sexos que pertenecían a las clases media y media alta si el licor intensificaba el placer sexual (Athanasίου y colaboradores, 1970). La mayoría dio una respuesta afirmativa: 60% declaró que el alcohol los predisponía al sexo, con una proporción significativamente mayor de mujeres en dicho porcentaje. Pero es necesario interpretar esto con cautela, porque el recuerdo de los eventos difiere mucho de la conducta real. En cuanto a la tercera afirmación, referente a la superioridad de los orgasmos vaginales, se debe interpretar con tiento cualquier resultado de una encuesta por las mismas razones. Un método más adecuado para estudiar esta cuestión es la observación directa, tema que abordaremos en el siguiente apartado.

La observación directa

Observación directa
Método de investigación en el que se observa a los sujetos mientras realizan sus actividades ordinarias.

Un tercer método con el que se estudia la conducta sexual es la **observación directa**. Consiste en observar y registrar las reacciones de los sujetos. A pesar de utilizarse con mucha frecuencia en las ciencias sociales como antropología, sociología y psicología, se realizan pocas investigaciones de sexología por este medio debido a la índole tan personal y privada de la expresión sexual humana.

El ejemplo más famoso de la observación directa es el aclamado trabajo de William Masters y Virginia Johnson. Al lado de las encuestas de Kinsey, es probablemente la investigación mejor conocida sobre el sexo y la citaremos en varias ocasiones en el libro. Masters y Johnson la utilizaron en un ambiente de laboratorio para averiguar los cambios fisiológicos que ocurren durante la excitación sexual. El resultado, *Human Sexual Response* (1966), se basó en las observaciones de 10 000 ciclos completos de respuesta sexual. Los explicaremos ampliamente en el capítulo 6.

La muestra incluyó a voluntarios que emitían una respuesta sexual (382 mujeres y 312 hombres), extraídos principalmente de una comunidad académica de individuos de inteligencia y nivel socioeconómico superiores al promedio. Claro que no era una muestra representativa de la población estadounidense. Pese a ello, los signos físicos de la excitación sexual, tema de la investigación, parecen ser muy semejantes en personas provenientes de ambientes heterogéneos.

Masters y Johnson se sirvieron de varias técnicas para registrar las respuestas sexuales fisiológicas: equipo e instrumentos fotográficos con los cuales medían y anotaban tanto los cambios musculares como vasculares en todo el cuerpo. También utilizaron la observación directa, lo mismo que ingeniosos aparatos de medición, para registrar los cambios en los órganos sexuales. (Más adelante se describen los aparatos electrónicos con que se mide la excitación sexual.) Anotaban las reacciones ante varias situaciones de estimulación creadas en su laboratorio: masturbación, coito con una pareja y estimulación de los pechos. El seguimiento de las observaciones consistía en entrevistar con mucho detenimiento a los participantes.

El método observacional aportó información abundante con respecto a la manera en que hombres y mujeres responden fisiológicamente a la estimulación sexual. Entre otras cosas, no hallaron diferencias biológicas entre el orgasmo vaginal y el clitoriano. Examinaremos más a fondo este dato en el capítulo 6.



William Masters y Virginia Johnson se sirvieron de la observación directa para estudiar las respuestas fisiológicas de hombres y mujeres.

© Bettmann/Corbis

La observación directa ofrece ventajas evidentes como método de investigación. Cuando se estudian los patrones de la respuesta sexual, sin duda es preferible observar la conducta erótica y medirla directamente, a utilizar sólo los informes introspectivos de experiencias pasadas. Se elimina la posibilidad de falsificar los hechos por deficiencias de la memoria, por la exageración intencional o por la represión debida a un sentimiento de culpa. Más aún, los registros respectivos pueden conservarse por tiempo indefinido en cintas de video o película. Pero es un método no exento de desventajas. Uno de los problemas más graves es la pregunta a menudo sin respuesta de qué aspecto de la conducta del sujeto es influida por la presencia de un observador, por discreta que ésta sea. Es una pregunta que se hace a menudo desde que se publicó la investigación de Masters y Johnson. Cuando aplican esta técnica, los investigadores procuran reducir al mínimo el problema; para lograrlo, pasan inadvertidos lo más posible, se mantienen alejados, se ubican en una cámara de observación y quizá utilicen videocámaras a control remoto. Con todo, el sujeto sabe que lo están viendo.

Aunque las críticas contra el método presentan aspectos válidos, la investigación de Masters y Johnson ha demostrado su capacidad de resistir la prueba del tiempo. Los hallazgos todavía se aplican en muchas áreas —asesoría en casos de infertilidad, control natal, terapia y educación sexual— con resultados positivos.

► El método experimental

Un cuarto método, **la investigación experimental**, se emplea cada vez con mayor frecuencia para estudiar la conducta sexual humana. Consiste en presentar a los sujetos ciertos eventos (estímulos) en condiciones controladas que permiten medir sus reacciones de manera confiable.

El método experimental, tal como se efectúa normalmente en un ambiente de laboratorio, tiene una importante ventaja sobre otros, puesto que ofrece un entorno controlado donde se excluyen todos los factores capaces de influir en las respuestas de los participantes, salvo los que van a estudiarse. El que lo utiliza manipula una serie de condiciones, o variables, y luego observa el efecto que ello produce en la conducta. El método experimental es un excelente medio para detectar las relaciones causales entre variables.

En todo diseño de investigación experimental se manejan dos tipos de *variables* (conductas o condiciones que pueden adoptar diversos valores): independientes y dependientes. Una **variable independiente** es una condición o parte del experimento que está bajo el control del investigador, quien manipula o determina su valor. En cambio, una **variable dependiente** es el resultado o conducta resultante que el experimentador observa y registra, pero no controla.

Investigación experimental

Se efectúa en condiciones de laboratorio rigurosamente controladas, a fin de medir de manera objetiva las reacciones del sujeto.

Variable independiente

En un diseño experimental, condición o componente que está bajo el control del investigador, quien manipula y determina su valor.

Variable dependiente

En un diseño experimental, resultado o conducta que el experimentador observa y registra, sin que tenga control sobre ella.



Pensamiento crítico

¿Cuáles son las variables independiente y dependiente en esta investigación? (Consúltase la respuesta en la página 49.)

Teniendo presente esta breve descripción del método experimental, veamos cómo podría explicar la relación de los medios sexualmente violentos con las actitudes y conducta de la violación. En varios trabajos se ha obtenido evidencia firme de que esos medios pueden hacer que las actitudes muestren mayor tolerancia ante la conducta sexual agresiva e incluso propiciar la violencia sexual de los violadores. Examinemos tres experimentos, el primero con la participación de varones universitarios y los dos restantes con la participación de violadores convictos.

El primer experimento se efectuó con 271 varones universitarios, a quienes se dividió en dos grupos. Los sujetos del primer grupo veían películas con temas sexuales sin violencia, mientras que los del segundo observaban películas pornográficas donde se mostraba a hombres que cometían violencia sexual contra mujeres (que a la postre se transformaban de víctima en pareja voluntaria). Unos cuantos días después de ver el material cinematográfico, todos los sujetos llenaban un cuestionario de actitudes. Los resultados demostraron lo siguiente: en general, los que habían visto las películas violentas aceptaban con mayor facilidad la agresión sexual que los que habían visto películas con temas eróticos sin violencia (Malamuth y Check, 1981).

En otras dos investigaciones de diseño similar se compararon las respuestas eréctiles (variable dependiente) de grupos pareados de violadores y no violadores con dos descripciones de la actividad sexual (variable independiente); en una descripción se presentaba una violación y en la otra una actividad sexual consensuada (Abel y colaboradores, 1977; Barbaree y colaboradores, 1979). Mientras los sujetos oían las grabaciones, la tumescencia (congestionamiento) del pene se medía con un calibrador específico que se describe en la siguiente sección. En ambos experimentos los violadores tuvieron erección mientras escuchaban descripciones violentas, lo que no ocurrió con los no violadores. Las descripciones de la actividad sexual consensuada producían niveles similares de excitación en ambos grupos. Estos hallazgos indican que la exposición a medios sexualmente violentos no sólo fomenta actitudes de agresividad contra las mujeres, sino que además influye por lo menos en algunos hombres que violan para “sexualizar” la violencia.

El método experimental también ha servido para examinar la relación entre el consumo de alcohol y la reacción sexual (aunque no se ha usado en el estudio de los orgasmos vaginales). En un experimento con 48 estudiantes universitarios, se usó un calibrador del pene para medir la tumescencia mientras los sujetos miraban una película sexualmente explícita: al inicio cuando no estaban bajo la influencia del alcohol y luego, al cabo de varios días, después de que habían ingerido cantidades controladas. Los resultados demostraron que la excitación sexual se aminora al beber alcohol y que se reducirá más cuanto mayor cantidad se consuma (Briddell y Wilson, 1976).

En un experimento similar, se examinó la relación entre la excitación y la ingestión de alcohol en mujeres, con resultados consecuentes con los anteriores (Wilson y Lawson, 1976).

Los estudios citados ejemplifican una de las ventajas fundamentales del método experimental. Como las variables pueden controlarse con exactitud, es posible obtener conclusiones respecto de las relaciones causales con una certeza imposible de conseguir mediante otros métodos. Pero también tiene sus desventajas. Una de las más graves es la artificialidad de los ambientes de laboratorio, que afectan negativamente las respuestas. Igual que en el caso de la observación directa, los sujetos saben que participan en un experimento y por lo mismo quizá sus respuestas no coincidan con las que emitirían fuera del laboratorio.

Antes de terminar este capítulo abordaremos otros aspectos interesantes de cómo adquirimos información acerca de las prácticas sexuales. Primero examinaremos tres tecnologías que se emplean en la investigación; luego estudiaremos las normas éticas en este proceso, y terminamos el capítulo describiendo cómo se evalúa una investigación.



Pensamiento crítico

De las cuatro técnicas de investigación explicadas (estudio de caso, encuesta, observación directa y método experimental), ¿cuál es a su juicio la más adecuada para investigar el efecto que el dolor crónico tiene en el funcionamiento sexual? Explique su respuesta.



Palabras para consultar en InfoTrac

- Investigación experimental del sexo

❶ Tecnologías utilizadas en la investigación sobre el sexo

Los investigadores han sabido aprovechar los adelantos conseguidos en tres tecnologías con que se recaban datos. La primera que explicaremos —aparatos electrónicos para medir la excitación sexual— lleva décadas utilizándose. Las dos restantes —evaluación computarizada de la conducta sexual y la investigación del sexo en el ciberespacio— son relativamente recientes.

Aparatos electrónicos para medir la excitación sexual

En el método experimental y en la observación directa con que se estudian las respuestas sexuales humanas, a menudo se utilizan medidas de la excitación sexual. En los primeros años los investigadores debían basarse principalmente en lo que manifestaban los sujetos. Sin embargo, los adelantos tecnológicos de las últimas décadas han producido varios aparatos para la medición electrónica de la excitación (➔ figura 2.1).

El medidor de la tumescencia del pene es un lazo flexible semejante a una banda de goma con un alambre en el extremo. Se trata de un tubo delgado de goma lleno con una capa fina de mercurio. Una ligera corriente eléctrica parte del alambre y fluye continuamente por el mercurio. El medidor se coloca alrededor de la base del pene. Al sobrevenir una erección, el tubo se estira y la capa de mercurio se adelgaza, con lo que se modifica el flujo de la corriente. Un aparato registra los cambios. El medidor capta incluso las alteraciones más pequeñas en el tamaño del pene, y es tan sensible que registra los pulsos de la sangre que fluyen hacia este órgano. Para proteger la intimidad, los sujetos pueden colocarse ellos mismos el medidor en el pene. El investigador mide la excitación sexual masculina con un pletismógrafo peneano o con un medidor de banda metálica, aparatos que también se ajustan alrededor del órgano e indican los pequeños cambios de su circunferencia.

Cuando una mujer se siente excitada, las paredes vaginales se llenan de sangre de manera comparable a la tumescencia del pene. El fotopletismógrafo vaginal es un aparato diseñado para medir este incremento del volumen de sangre en la vagina. Se compone de un cilindro de acrílico, aproximadamente del tamaño y la forma de un tampón, que se introduce en la vagina. El cilindro contiene una luz que se refleja fuera de la paredes de esta zona y también una fotocelda sensible a la luz reflejada. Cuando las paredes se llenan de sangre durante la excitación sexual, se refleja menor cantidad de luz en la fotocélula. Los cambios de la intensidad luminosa, registrados de manera continua en un aparato electrónico, proporcionan una medida de la exci-



➔ **Figura 2.1**
Instrumentos para medir electrónicamente la excitación sexual.

tación sexual, similar a la que se obtiene con el medidor de tumescencia del pene. A semejanza de este aparato, también el fotopletismógrafo puede colocarse en privado por la persona en estudio. Hay otros dos instrumentos con que se mide la respuesta sexual: los miógrafos vaginal y rectal que se introducen en la vagina o el recto, donde miden la actividad del área pélvica.

Evaluación computarizada de la conducta sexual

Cuando un cuestionario administrado por un entrevistador se emplea en la investigación sexual, el elemento humano del encuentro personal puede influir en el sujeto para que no incluya ciertas conductas delicadas e incluya más conductas de carácter normativo o aceptables (Gribble y colaboradores, 1999; Potdar y Koenig, 2005). Un cuestionario escrito o autoadministrado ofrece un método alternativo que supera algunos de los problemas del anterior, ya que permite comunicar la conducta delicada en una forma más privada y menos intimidante. Sin embargo, también puede verse limitado por el nivel de lectoescritura de los participantes (Couper y Stinson, 1999). La imposibilidad de entender las preguntas escritas a veces es un factor limitante cuando se entrevista a personas de bajo nivel escolar.

El reciente advenimiento de la tecnología de autoentrevista asistida por computadora (CASI, por sus siglas en inglés) para encuestar a niños, adolescentes y adultos constituye una magnífica herramienta para superar las barreras que enfrenta una investigación exitosa acerca del sexo. Con ella se reducen al mínimo los problemas de lectoescritura y el efecto negativo de un entrevistador humano. Además, el investigador sabe que los elementos clave de la presentación de las preguntas y de la medición están estandarizados para todos los participantes.

En la actualidad se usan dos tipos de tecnología asistida por computadora. En la versión de video los sujetos ven las preguntas sobre una pantalla, y para ingresar sus respuestas oprimen simplemente las teclas correspondientes. La versión de audio es un poco más avanzada, pues los sujetos escuchan las preguntas en audífonos (que al mismo tiempo pueden mostrarse en la pantalla) e introducir sus respuestas tecleando. El componente de audio tiene un sonido con calidad de voz humana. No es necesario que los sujetos dominen ya la lectoescritura, a diferencia de la versión de video y de los métodos más tradicionales de encuesta. Más aún, como las preguntas se graban con antelación, se puede aplicar en varios idiomas aunque el investigador hable uno solo.

La entrevista asistida por computadora ha ido difundiéndose, y numerosos estudios demuestran que es una herramienta eficaz para recabar información deli-

Cuando trabajan con una computadora, los adolescentes están más dispuestos a compartir información delicada acerca de su conducta sexual.



© Francis Dean/Dean Pictures/The Image Works

cada sobre varios temas (Couper y colaboradores, 2003; Potdar y Koenig, 2005; Van Griensven y colaboradores, 2006). Por ejemplo, en un estudio reciente se comprobó que los adolescentes varones tienden más a señalar mediante audio que han realizado actividades sexuales riesgosas, que cuando se les entrevista personalmente (Potdar y Koenig, 2005).



Investigación del sexo en el ciberespacio

A medida que Internet se ha ido convirtiendo en una tecnología casera, surge la oportunidad de investigar el sexo por ese medio (Mustanski, 2001; Parks y colaboradores, 2006; Rhodes y colaboradores, 2003). Tradicionalmente los científicos han recurrido a Internet para distribuir información, no para recopilar datos. En el momento actual la red da acceso a una población heterogénea y creciente de posibles sujetos de investigaciones, a la vez que se ha transformado en un importante instrumento para realizarlas. En esta sección expondremos las ventajas y desventajas de la investigación a través del ciberespacio y examinaremos algunos problemas éticos que plantea.

Casi cualquier clase de cuestionario puede publicarse o “subirse” en Internet y este tipo de encuesta se parece al cuestionario normal tanto en el aspecto visual como funcional. Incluso llegan a ser idénticos (Rhodes y colaboradores, 2003). Entonces, ¿qué ventajas ofrecen sobre los instrumentos tradicionales? Los cuestionarios transmitidos en el ciberespacio son mucho más baratos que los de papel y lápiz, porque no incurrir en costos de impresión, se contrata a menos personal para obtener los datos y desaparecen los costos de distribución y recopilación. Se ahorra entre 20 y 80% de los gastos totales relacionados con un cuestionario tradicional (Parks y colaboradores, 2006; Rhodes y colaboradores, 2003). También se ahorra tiempo en comparación con los cuestionarios autoadministrados que se envían por correo (Pealer y Weiler, 2000). La investigación indica lo siguiente: el influjo de los convencionalismos sociales es menor en quienes contestan por correo, además de que muestran mayor disposición a compartir información que no proporcionarían en una encuesta o cuestionario tradicional, quizá porque piensan que sus respuestas son más anónimas y confidenciales (Bowen, 2005; Parks y colaboradores, 2006).

La obtención y administración de los datos suelen ser más eficientes en las encuestas por Internet. Por ejemplo, pueden vaciarse automáticamente en una base de datos por correo electrónico. Más aún, el investigador está en condiciones de hacer los ajustes pertinentes al descubrir problemas imprevistos relacionados con la comprensión de las preguntas (Rhodes y colaboradores, 2003). Aparte de la facilidad de revisarlas, pueden agregarse a discreción otras preguntas a partir de un análisis preliminar de la información.

Ahora que millones de usuarios de todo el mundo acceden diariamente a Internet, la World Wide Web ofrece “una cantidad casi infinita de sujetos potenciales de estudio, trascendiendo así las fronteras geográficas y culturales” (Rhodes y colaboradores, 2003, p. 68). Los que investigan el sexo en el ciberespacio pueden reclutar poblaciones de participantes geográficamente aislados o a los que es difícil contactar por otros medios (Bowen, 2005).

Una última ventaja de la investigación por Internet es que los datos aportan información más útil o confiable que la conseguida aplicando otros métodos (Rhodes y colaboradores, 2003). Esto se logra al disminuir los errores en dos formas. En primer lugar, se reducen al mínimo incluyendo cursores, menús y explicaciones claras que guían al sujeto para que llene la encuesta con objetividad. Entre los problemas que por lo general se observan en los cuestionarios de papel y lápiz figuran las preguntas no contestadas y las respuestas múltiples a preguntas que piden una sola respuesta. En las encuestas por Internet, una condición para enviarlas y aceptarlas puede ser contestar todas las preguntas; en cuanto a las respuestas múltiples, se eliminan utilizando los indicadores de comandos apropiados. En segundo lugar, cuando se estandariza la interacción con los participantes mediante el documento de la encuesta, se eliminan los

errores asociados con la captura incorrecta de datos, así como los problemas debidos a las variaciones con que se administran las encuestas tradicionales o a la manera en que los entrevistadores interpretan las respuestas (Rhodes y colaboradores, 2003).

Una importante desventaja de la encuesta por Internet consiste en un fuerte sesgo en la selección de la muestra (Wallis y colaboradores, 2003). Hoy existe una “brecha digital”: los usuarios de Internet todavía no representan a la población general de Estados Unidos. Tienden a ser más jóvenes, a tener un nivel educativo más alto y a tener mejor posición económica que el resto de la población (Rhodes y colaboradores, 2003). Debido a ese factor demográfico, los resultados de las encuestas deben interpretarse con cautela. Con todo, a medida que el gusto por Internet va atrayendo a sectores de usuarios cada día más diversos, cabe suponer que su demografía reflejará mejor a la población general.

Otros retos y desventajas son el bajo índice de respuestas en las encuestas por Internet y la participación de los mismos usuarios en varias de ellas (Pealer y Weiler, 2000; Rhodes y colaboradores, 2003). Los índices de respuesta no pueden calcularse: los contadores web que permiten determinar el número de visitas a un sitio no distinguen entre los que contestan y los que no lo hacen. Por tanto, los investigadores encaran el problema de no respuesta o de sesgo de los voluntarios, el cual afecta todas las encuestas del sexo. Les preocupa el efecto nocivo de la participación de

usuarios en encuestas múltiples, aunque todavía no representa un problema grave (Rhodes y colaboradores, 2003). Los investigadores aplican varios métodos para atenuarlo en lo posible. Entre otras cosas, utilizan información de identificación (código postal, fecha de nacimiento, etc.) para detectar las respuestas múltiples o duplicadas; en la encuesta, preguntan a los sujetos si ya la contestaron con anterioridad (Rhodes y colaboradores, 2001a, 2001b).

La privacidad es una cuestión especialmente grave cuando se investiga el sexo en el ciberespacio. Por desgracia, “las promesas de anonimato rara vez se cumplen en su totalidad, ya que un *hacker* persistente o un oficial con una orden judicial puede descubrir la identidad de los participantes” (Binik y colaboradores, 1999, p. 86). El riesgo de que eso ocurra es mínimo, aunque se han registrado unos cuantos incidentes. Para atenuarlo en lo posible, se aplican cada vez más técnicas especiales que garantizan el anonimato.



Pensamiento crítico

En una época en que por los medios sabemos que los *hackers* acceden a los archivos personales sin autorización, ¿es ético que el sexólogo investigue la sexualidad por Internet? Explique su respuesta afirmativa o negativa.



Palabras para consultar en InfoTrac

- Investigación de la sexualidad por Internet

❶ Normas éticas en la investigación de la sexualidad humana

En varias áreas de la investigación, la sexología entre ellas, los expertos están comprometidos a preservar el bienestar, la dignidad, los derechos, la salud y seguridad de los sujetos. Varias organizaciones profesionales, como la American Psychological Association (APA), la American Medical Association (AMA) y la Society for the Scientific Study of Sex (ssss), han confeccionado listas detalladas de normas éticas.

Las normas éticas requieren, entre otras cosas, no ejercer presión ni coerción para conseguir la participación de voluntarios, y que los investigadores no apliquen procedimientos que puedan causar daño físico o psicológico. Éstos están obligados a obtener el consentimiento bien informado de los participantes antes de iniciar un experimento. Dicho consentimiento requiere explicarles el propósito general del estudio y sus derechos como sujetos, incluyendo la índole voluntaria de la participación, así como sus costos y beneficios (Seal y colaboradores, 2000). Los investigadores también deben respetar el derecho del sujeto a negarse en cualquier etapa del estudio. Además, tomarán medidas especiales para proteger la confidencialidad de los datos y preservar el anonimato de los participantes salvo que ellos accedan a ser identificados (Margolis, 2000).

La decepción es un problema de la investigación que suscita controversias. Algunos trabajos pierden su eficacia si de antemano los participantes saben lo que va a estudiarse. He aquí la norma ética que suele aplicarse en tales casos: si es preciso recurrir al engaño, después del experimento se explicará por qué hubo que optar por una medida tan drástica. En ese momento se permitirá a los participantes solicitar que sus datos sean extraídos y destruidos.

En ocasiones resultará difícil al investigador valorar de manera objetiva los beneficios de un experimento y la posibilidad de causar algún daño. Conscientes de este problema, prácticamente todas las instituciones que realizan investigaciones en Estados Unidos han creado un comité de ética para que revise los experimentos propuestos. Si los miembros del comité consideran que el bienestar de los sujetos no está suficientemente garantizado, la propuesta habrá de modificarse, pues de lo contrario no se aprobará. Además, se niega financiamiento federal a cualquier institución que antes de recopilar los datos no someta la propuesta a un comité de ética debidamente integrado.



Palabras para consultar
en InfoTrac

● Investigación sexual ética

➤ Evaluación de la investigación: algunas preguntas

Confiamos en que el material presentado tanto en ésta como en otras partes del libro ayude a distinguir la investigación científica del sexo, de los sondeos y encuestas de opinión poco científicas que proliferan en los medios modernos. Aun cuando el lector esté acostumbrado a los resultados de investigaciones serias, conviene conservar un sentido crítico para no caer en la comprensible tentación de aceptar algo como objetivo simplemente porque se dice que es “científico”. La lista anexa de preguntas le será de gran utilidad al evaluar la legitimidad de cualquier investigación —de carácter sexual o de cualquier otro tipo— a la que tenga acceso.

1. ¿Cuáles son las credenciales de los investigadores? ¿Tienen formación profesional? ¿Están afiliados a instituciones de prestigio (centro de investigación, instituciones académicas o afines)? ¿Son miembros de grupos con un interés especial que favorece ciertos hallazgos o conclusiones?
2. ¿En qué clase de medios se publicaron los resultados: revistas científicas serias, libros especializados, revistas de divulgación, periódicos, Internet?
3. ¿Qué procedimiento o método se utilizó y de qué modo se aplicaron los criterios científicos?
4. ¿Se reclutó a un número suficiente de sujetos, y hay alguna razón para sospechar parcialidad en el método de selección?
5. ¿Es razonable ampliar los resultados de la investigación a una población más numerosa que el grupo de la muestra? ¿En qué medida se pueden legitimar las generalizaciones?
6. ¿Hay alguna razón para suponer que los métodos de investigación hayan viciado los hallazgos? (¿La presencia de un entrevistador estimula a dar respuestas falsas? ¿Las cámaras imponen limitaciones al potencial de respuesta?)
7. ¿Hay otros resultados publicados que apoyen o refuten el experimento?

R E S U M E N

Los objetivos de la sexología

- Los objetivos son conocer, predecir y controlar la conducta.
- La obtención del objetivo de controlar la conducta a menudo se modifica o suaviza por consideraciones de carácter ético.

Métodos de investigación no experimentales

- Los métodos no experimentales incluyen estudios de caso, encuestas y observación directa.
- El estudio de caso normalmente genera abundante información sobre un individuo o unos cuantos. Ofrece dos ventajas: flexibilidad y oportunidad de examinar a fondo ciertas conductas e ideas. Entre sus desventajas figuran las siguientes: falta de control de la investigación, posible parcialidad del investigador y técnicas deficientes de muestreo, que suelen limitar la posibilidad de hacer generalizaciones a poblaciones más numerosas.
- La mayor parte de la información referente a la conducta sexual se ha obtenido mediante encuestas por cuestionario o entrevistas a poblaciones muy grandes. El cuestionario tiene la ventaja de ser anónimo, barato y administrarse en poco tiempo. La entrevista es más flexible y permite una relación más personal entre el entrevistador y el sujeto.
- Los investigadores que usan la encuesta encaran algunos problemas comunes:
 - La imposibilidad de participación de todos los sujetos seleccionados al azar, lo cual dificulta obtener una muestra representativa. La autoselección de la muestra, o sesgo de voluntarios, es otro problema frecuente.
 - El sesgo causado por la falta de respuestas: ¿los voluntarios que participaron tienen actitudes y conductas significativamente distintas a las del resto de la población?
 - El problema de la confiabilidad: los autoinformes de los participantes quizá sean menos confiables debido a las limitaciones de memoria, a exageraciones, a un sentimiento de culpa o simplemente a malos entendidos.
 - Sesgo demográfico: en general, las muestras tienden a incluir a demasiados participantes de clase media, raza blanca y nivel de escolaridad alto.
- La investigación demuestra que la etnicidad ejerce un fuerte influjo en las actitudes y conductas sexuales.
- Las encuestas Kinsey consistieron en estudios exhaustivos de la conducta sexual humana; su limitación principal fueron las técnicas de muestreo con una representación excesiva de habitantes jóvenes y de alta escolaridad procedentes de zonas urbanas.
- La National Health and Social Life Survey (NHSLS) es la encuesta más representativa de índole sexual realizada hasta la fecha en Estados Unidos. Ofrece una idea confia-

ble de las prácticas sexuales de la población adulta en los años 1990.

- La observación directa se utiliza poco en la investigación del sexo, dado el carácter tan personal de la expresión sexual. Cuando se utiliza, disminuye considerablemente la posibilidad de falsificar los datos, pero la presencia del observador puede influir en la conducta de los sujetos. Por otra parte, la confiabilidad de las observaciones se reduce a veces por las ideas preconcebidas del investigador.

El método experimental

- En la investigación experimental, a los participantes se les muestran eventos (estímulos) en condiciones controladas que permiten medir sus reacciones de un modo confiable.
- El propósito de este tipo de investigación consiste en descubrir las relaciones causales entre las variables independientes y las dependientes.
- Una variable independiente es una condición o componente de un experimento que el investigador controla o manipula.
- Una variable dependiente es una condición o componente del experimento que el investigador observa y registra, pero no controla.
- El método experimental ofrece dos ventajas: controlar las variables en cuestión y analizar directamente los factores causales. No obstante, la artificialidad del ambiente de laboratorio puede hacer que las respuestas sean diferentes de las que se emitirían en una situación natural.

Tecnologías utilizadas en la investigación sobre el sexo

- El dispositivo para medir la tumescencia del pene y el frotismógrafo vaginal, junto con los miógrafos vaginal y rectal son aparatos con que se mide electrónicamente la respuesta sexual.
- La autoentrevista asistida por computadora mediante video o audio son dos versiones de la tecnología de la autoentrevista que cada día rinden mejores resultados en la obtención de información delicada con niños, adolescentes y adultos.
- Internet se ha convertido en un excelente instrumento para investigar la sexualidad. La recopilación y administración de los datos son más eficientes en este tipo de encuestas, además de que son más baratas, más rápidas y con menor margen de error que los métodos tradicionales. Entre sus desventajas cabe citar el sesgo al seleccionar la muestra, un índice de respuestas bajo y la duplicación de respuestas por un mismo participante.

Normas éticas en la investigación de la sexualidad humana

- Los sexólogos y otros investigadores trabajan con normas éticas cuyo fin es garantizar el bienestar, la dignidad, los derechos, la salud y seguridad de los sujetos humanos.
- Dichas normas establecen lo siguiente: conseguir el consentimiento bien informado de los participantes, no utilizar procedimientos que puedan causarles daño físico o psicológico y mantener la confidencialidad de los datos y de los participantes.

Evaluación de la investigación: algunas preguntas

- Al evaluar un estudio acerca de la conducta sexual, conviene saber quién lo realizó, analizar los métodos y las técnicas de muestreo y comparar los resultados con los de otros experimentos acreditados.

📖 Lecturas recomendadas

- Bancroft, John** (ed.) (2000). *The Role of Theory in Sex Research*. Bloomington, IN: Indiana University Press. Libro académico que presenta las actas de las sesiones de un taller, celebrado en el Kinsey Institute, cuyo tema fue el papel de la teoría en la investigación del sexo.
- Bland, Lucy, y Laura Doan** (eds.) (1998). *Sexology in Culture: Labelling Bodies and Desires*. Chicago, IL: University of Chicago Press. Colección informativa de escritos distribuidos por 13 expertos que explican el surgimiento histórico de la sexología en el contexto de los factores culturales.
- Brannigan, Gary, Elizabeth Allgeier y Albert Allgeier** (1998). *The Sex Researchers*. Nueva York: Longman. Interesante y reveladora exposición de un grupo heterogéneo de investigadores del sexo contemporáneos, así como algunos de los temas y orientaciones que influyeron en sus trabajos.
- Laumann, Edward, John Gagnon, Robert Michael y Stuart Michaels** (1994). *The Social Organization of Sexuality*. Chicago: University of Chicago Press. Informe sobre la encuesta más completa y representativa de las prácticas y actitudes sexuales de la población norteamericana.
- Wiederman, Michael** (2001). *Understanding Sexuality Research*. Belmont, CA: Wadsworth. Guía útil para pensar críticamente en la investigación dedicada a la sexualidad humana.
- Wiederman, Michael, y Bernard Whitley** (eds.) (2002). *Handbook for Conducting Research on Human Sexuality*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. Excelente resumen de las cuestiones metodológicas y éticas relacionadas con la investigación del sexo.

📖 Recursos en la Web

Sitio web CengageLearning

Visite www.cengage.com/highered para enlazarse con diversos recursos, como preguntas de repaso, actividades interactivas, vínculos con Internet, ejercicios de pensamiento crítico, foros de discusión y muchos otros servicios. También puede

accesar a los sitios desde el Wadsworth Psychology Study Center (<http://psychology.wadsworth.com>) o conectarse directamente a los siguientes sitios:

Nota. Tenga en cuenta que este material es independiente del libro y que las páginas que lo contienen pueden ser modificadas o eliminadas sin previo aviso.

Kinsey Institute for Research in Sex, Gender and Reproduction

El Kinsey Institute, fundado por el pionero de la sexología Alfred Kinsey, patrocina un sitio web cuya finalidad es apoyar la investigación interdisciplinaria de la sexualidad humana. En la sección de investigación y publicaciones se describen los trabajos más recientes del centro.

The Society for the Scientific Study of Sexuality (ssss)

En su sitio web se anuncian las reuniones e investigaciones patrocinadas por esta sociedad, una organización muy respetada de estudiosos y profesionales consagrados a fomentar el conocimiento de la sexualidad.

Society for the Psychological Study of Lesbian, Gay and Bisexual Issues

Una de las 50 divisiones de la American Psychological Association, la división 44, se centra en cuestiones relacionadas con la orientación sexual, y su sitio web contiene información sobre la investigación más reciente en la especialidad.

Centers for Disease Control and Prevention

Muchos de los temas que estudian estos centros se refieren a aspectos de la sexualidad humana: sexualidad del adolescente, anticoncepción y embarazo, y enfermedades de transmisión sexual. El sitio web contiene abundante información de investigaciones recientes sobre la conducta sexual y cuestiones afines.

The U.S. Census Bureau

Los datos del censo referentes a la sexualidad humana se citan frecuentemente en esta obra. Puede accederse al sitio web para obtener datos confiables de la investigación en torno a una amplia gama de temas sexuales: tendencias recientes del matrimonio y divorcio, composición de las familias, vida de los solteros y cohabitación.

The National Health and Social Life Survey

Este sitio web ofrece artículos y ensayos concernientes a una amplia gama de temas sexuales.

Electronic Journal of Human Sexuality

Sitio que ofrece un panorama general y un resumen de esta encuesta tan importante.

Respuesta a la pregunta de la página 42

La variable independiente de este experimento era el grado de violencia de las películas vistas por los participantes. La variable dependiente correspondía a las respuestas al cuestionario.



Sitio web de apoyo a la obra en inglés

Visite el sitio web de la obra (*Our Sexuality Book Companion Website*) en

<http://latinoamerica.cengage.com/crooks> y elija la décima edición de este libro. Haga clic en "Apoyo electrónico para el estudiante". Allí encontrará herramientas que le ayudarán a aprovechar al máximo su tiempo de estudio: encuestas de actitud, crucigramas, temas de ensayo, tarjetas mnemotécnicas de los principales conceptos y sus definiciones, un glosario general, preguntas de opción múltiple y falso-verdadero, vínculos con sitios web sobre temas relacionados con cada capítulo, bibliografía general y un examen final. Asimismo, encontrará un vínculo para comprar el acceso a más material suplementario en línea: CengageNow.



CengageNow ¡Exactamente lo que necesita saber AHORA!

Dedique tiempo a lo que necesita dominar, no a la información que ya aprendió. CengageNow es un paquete de recursos electrónicos que le ayudará en su aprendizaje. Realice una prueba preliminar del capítulo, y CengageNow generará un plan personalizado de estudio a partir de sus resultados. El plan identificará los temas que debe repasar y lo dirigirá a los recursos en línea que le servirán para dominarlos. Después efectuará una prueba para determinar los conceptos que ya aprendió y aquellos en los que todavía debe trabajar. Visite el sitio www.cengage.com/login si ya tiene su código de acceso. Si no cuenta con él, siga el vínculo *Buy Now*. Escriba *Our Sexuality* en el campo de título. Elija la décima edición de este libro. Haga clic sobre la opción *CengageNow*. Se desplegará una solicitud de acceso y los precios en dólares americanos.



Biblioteca en línea InfoTrac College Edition

Investigue si su institución cuenta con un convenio de uso de InfoTrac, una de las mejores y más vastas bibliotecas en línea del mundo en el ámbito educativo. Conéctese a www.cengage.com/login para acceder a InfoTrac College Edition, biblioteca de consulta en línea que contiene multitud de revistas, muchas exclusivamente sobre la sexualidad humana: *Archives of Sexual Behavior*; *Archives of Sexual Health Behavior*; *Canadian Journal of Human Sexuality*; *Hispanic Journal of the Behavioral Sciences*; *Journal of Cross-Cultural Psychology*; *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*; *Journal of Sex Research* y *Sex Roles*.

Cuestiones de género



► Varón y mujer, masculino y femenino

¿Qué diferencia hay entre sexo y género?

¿Qué relación existe entre identidad de género y rol de género?

► Formación de la identidad de género

¿Nuestro sentido de ser varón o mujer se basa más en factores biológicos o en el aprendizaje social?

¿Cuál es la mejor estrategia de tratamiento para las criaturas que nacen con una combinación ambigua de genitales externos masculinos y femeninos?

► Transexualismo y transgenerismo

¿A qué se debe el transexualismo y cómo se distingue del transgenerismo?

¿Qué relación hay entre la identidad variable del género y la orientación sexual?

► Roles de género

¿Qué influencia relativa ejercen los padres, los compañeros, la escuela, los libros de texto, la televisión y la religión en la socialización de los roles de género?

¿De qué manera las expectativas de los roles de género afectan nuestra sexualidad?

Desde pequeña me enseñaron en qué consiste una conducta apropiada al género. Recuerdo que me parecía muy injusto tener que hacer labores de limpieza todas las semanas, mientras mi hermano sólo debía sacar la basura. Cuando preguntaba a mi mamá por qué, me decía: "Porque él es hombre y ése es el trabajo de los hombres; tú eres mujer y haces el trabajo de una mujer." (Archivo de los autores.)

Entre los residentes de una pequeña isla cercana a Nueva Guinea, prácticamente no existe la conciencia de una conducta apropiada al género, como se describe en la anécdota anterior. Las investigaciones de la antropóloga Maria Lepowsky (1994) revelaron que los habitantes de la Isla Vanatinai, conocida en la región como "la madre patria", se comportan en una forma realmente igualitaria en lo tocante al género. A hombres y mujeres se les trata igual, sin que en esta cultura haya ideologías distintas para cada sexo. El poder y el prestigio están al alcance de la mujer lo mismo que del hombre. Ambos participan en la toma de decisiones y al parecer tienen la misma libertad para explorar su sexualidad. Más aún, la lengua vanatinai no contiene pronombres masculinos ni femeninos. Una diferencia tan tajante entre los roles igualitarios de ambos sexos en esa sociedad y las expectativas de conducta basadas en el género que predominan en la cultura norteamericana plantea algunas preguntas fundamentales: ¿Qué es lo que constituye la masculinidad y la feminidad? ¿Cómo pueden diferir tanto entre una sociedad y otra las expectativas y suposiciones referentes a los sexos? Si se aprenden algunas conductas relacionadas con el género, ¿tienen origen biológico algunas de las diferencias que se observan en el comportamiento de hombres y mujeres? ¿Cómo influyen las expectativas de los roles de género en las interacciones de tipo sexual? En este capítulo vamos a intentar contestar todas las interrogantes anteriores.

❶ Varón y mujer, masculino y femenino

A través de los siglos ha persistido la creencia de que nacemos machos o hembras y de que naturalmente hacemos lo que hacen hombres o mujeres. La única explicación que se nos daba aludía a "dejar que la naturaleza siga su curso". La simplicidad de este punto de vista ha contribuido a que el mundo nos parezca un lugar muy ordenado. No obstante, un examen más detenido revela una complejidad mucho mayor en cómo se determina nuestra masculinidad o feminidad y en cómo este aspecto de nuestra identidad influye en el comportamiento, ya sea sexual o de otra índole. En las páginas que siguen vamos a abordar esta fascinante complejidad. Pero antes conviene definir algunos términos importantes.

Sexo y género

Muchos escritores usan los términos *sexo* y *género* como sinónimos, pero cada uno tiene un significado específico. **Sexo** designa la feminidad o masculinidad biológicas. El sexo biológico tiene dos aspectos: *sexo genético*, que está determinado por los cromosomas sexuales, y *sexo anatómico*, o sea, las diferencias físicas que distinguen a varones y mujeres. **Género** es un concepto que abarca significados psicológicos especiales agregados a la feminidad o masculinidad biológicas. Por tanto, si bien el sexo está ligado a varios atributos físicos (cromosomas, pene, vulva y otros), el género se refiere a las características psicológicas y socioculturales asociadas con el sexo, es decir, a la masculinidad o feminidad. En este capítulo usaremos los términos *masculino* y *femenino* para indicar las conductas que suelen atribuirse a hombres y mujeres. Un aspecto inconveniente de ambas designaciones es que limitan la gama de conductas que la gente expresa sin sentirse incómoda. Por ejemplo, un hombre quizá no quiera mostrarse demasiado cariñoso por temor a que lo tachen de afeminado; y una mujer quizá dude en obrar en forma asertiva por temor a que la consideren

Sexo Masculinidad y feminidad biológicas.

Género Características psicológicas y socioculturales asociadas con el sexo.

hombruna. No es nuestra intención contribuir a perpetuar los estereotipos asociados con esos vocablos, pero deberemos emplearlos al hablar de las cuestiones de género.

Cuando conocemos a alguien por primera vez, la mayoría de nosotros advertimos de inmediato su sexo y, basándonos en su masculinidad o feminidad, hacemos suposiciones acerca de cómo se comportará. Son **suposiciones relacionadas con el género**. Para la mayoría de las personas estas suposiciones genéricas son parte importante de la interacción social ordinaria. Identificamos a alguien como perteneciente a nuestro sexo o al otro. (No utilizamos la expresión *sexo opuesto* porque a nuestro juicio exagera las diferencias entre hombres y mujeres.) Eso explicaría por qué se nos dificulta interactuar con una persona de sexo ambiguo. Nos sentimos confusos e incómodos cuando no identificamos con seguridad el género de alguien.

Identidad y rol de género

La **identidad de género** indica el sentido subjetivo de ser varón o mujer. En los primeros años de vida casi todos nos damos cuenta de que somos varones o mujeres, pero nada garantiza que esta identidad corresponda al sexo biológico, y hay quienes sienten gran confusión al intentar identificar su masculinidad o feminidad. Más adelante abordaremos este tema con mayor detalle.

El **rol de género** (llamado a veces, erróneamente, *rol sexual*) designa una serie de actitudes y conductas consideradas normales y apropiadas en una cultura para individuos de un sexo en particular. Los roles crean expectativas de ciertos comportamientos sexuales que la gente debe cumplir. A la conducta socialmente apropiada para un hombre se le llama *masculina*, mientras que se identifica como *femenina* a la conducta apropiada para una mujer. Cuando en los siguientes apartados utilicemos los adjetivos *masculino* y *femenino*, nos estaremos refiriendo a esos conceptos socializados.

Las expectativas acerca de los roles de género están definidas culturalmente y cambian de una sociedad a otra. Así, en la sociedad norteamericana, un beso en la mejilla se considera un acto femenino y por lo mismo inapropiado entre varones. Por el contrario, corresponde a las expectativas de los roles masculinos en muchos países europeos y de Medio Oriente.

? Pensamiento crítico

¿Cree que las interpretaciones tradicionales de la feminidad y masculinidad en Estados Unidos o en su país estén empezando a cambiar y que hoy la gente tienda menos a aceptar la conducta basada en esos estereotipos? De ser así, ¿en qué áreas de la conducta observa los cambios más notables?

Suposiciones relacionadas con el género Ideas acerca de cómo se comportarán los individuos basadas en su masculinidad o feminidad.

Identidad de género Manera de percibirse como varón o mujer desde el punto de vista psicológico.

Rol de género Conjunto de actitudes y conductas que una cultura considera normal y apropiado para los miembros de un sexo.



Palabras para consultar en InfoTrac

- Identidad de género
- Rol de género

➊ Formación de la identidad de género

Así como sabemos que tenemos cabello u ojos de determinado color, el género es un aspecto de nuestra identidad que la mayoría de la gente da por sentado. Sin duda la identidad de género casi siempre coincide con el hecho de tener ciertos órganos biológicos. Pero no consiste sencillamente en parecer hombre o mujer. Como veremos en el siguiente apartado, la pregunta de cómo llegamos a vernos como pertenecientes a uno u otro sexo, tiene dos respuestas. La primera se centra en los procesos biológicos que comienzan poco después de la concepción y que concluyen antes del parto. La segunda se relaciona con la teoría del aprendizaje social, la cual se centra en los factores culturales durante la niñez temprana para explicar tanto los detalles de la identidad como la importancia personal de ser hombre o mujer. Primero analizaremos los procesos biológicos que intervienen en la formación de la identidad de género y que se resumen en la **tabla 3.1**.

La identidad de género como un proceso biológico: diferenciación prenatal normal

Desde el momento de la concepción muchos factores biológicos contribuyen a distinguir un sexo del otro. En los siguientes párrafos veremos cómo la diferenciación

Característica	Mujer	Varón
Sexo cromosómico	XX	XY
Sexo gonadal	Ovarios	Testículos
Sexo hormonal	Estrógenos Compuestos progestacionales	Andrógenos
Estructuras internas de la reproducción	Trompas de Falopio Útero Partes internas de la vagina	Conductos deferentes Vesículas seminales Conductos eyaculatorios
Genitales externos	Clítoris Labios internos de la vagina Labios externos de la vagina	Pene Escroto
Diferenciación sexual del cerebro	El hipotálamo se vuelve sensible a los estrógenos, influyendo así en la liberación cíclica de hormonas. Dos áreas del hipotálamo son más pequeñas en el cerebro de la mujer. La corteza cerebral del hemisferio derecho es más delgada en el cerebro femenino. El cuerpo calloso es más grueso en el cerebro de la mujer. Hay menor lateralización de la función del cerebro en la mujer que en el varón.	El hipotálamo del varón insensible a los estrógenos dirige una producción estable de hormonas. Dos áreas del hipotálamo son más grandes en el cerebro del hombre. La corteza cerebral del hemisferio derecho es más gruesa en el cerebro del hombre. El cuerpo calloso es más delgado en el cerebro del varón. Hay mayor lateralización de la función del cerebro en el hombre que en la mujer.

biológica sexual ocurre a lo largo del desarrollo prenatal. Vamos a seguir un orden cronológico. Empezaremos con la concepción para fijarnos en las diferencias cromosómicas entre hombres y mujeres; luego estudiaremos el desarrollo de las gónadas, la producción de hormonas y el desarrollo de las estructuras internas y externas de la reproducción. Por último, nos ocuparemos de la diferenciación sexual del cerebro.

Sexo cromosómico

El sexo biológico queda determinado en la concepción por la composición cromosómica de los **espermatozoides** (células reproductoras masculinas) que fertilizan un **óvulo**, o huevo (célula reproductora femenina). Con excepción de las células reproductoras, las células del cuerpo humano contienen 46 cromosomas dispuestos en 23 pares (➔ **figura 3.1**). De ellos, 22 hacen juego, es decir, los dos cromosomas de cada par son casi idénticos. Estos conjuntos pareados, llamados **autosomas**, son iguales en hombres y mujeres sin que influyan significativamente en la diferenciación sexual. Sin embargo, un par de cromosomas —los **cromosomas sexuales**— no son iguales en el hombre y en la mujer. Ésta tiene dos cromosomas similares, XX, en tanto que el hombre tiene cromosomas distintos, XY.

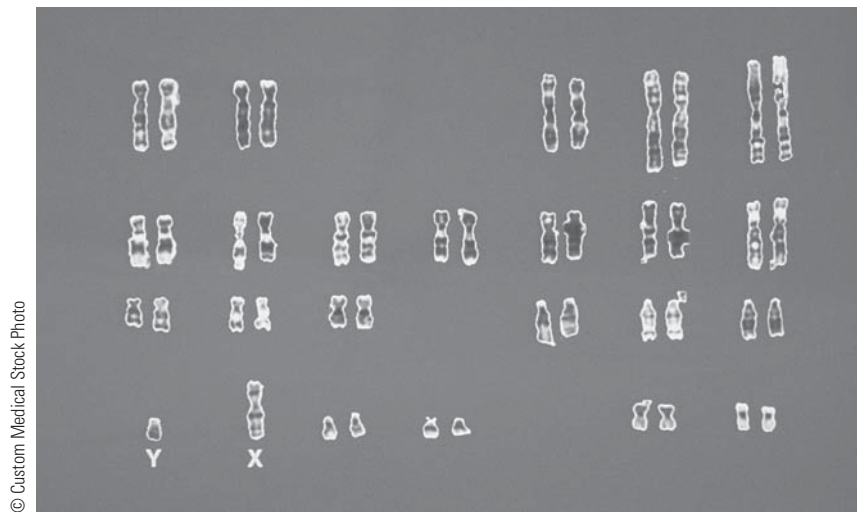
Como señalamos antes, las células reproductoras constituyen una excepción de la regla de 23 pares. A raíz de un proceso biológico conocido como *meiosis*, las células maduras contienen sólo la mitad del complemento habitual de cromosomas: un miembro de cada par. (Este proceso es necesario para que no se duplique el total de cromosomas cuando las células se fusionen en el momento de la concepción.) Un óvulo (huevo) normal contiene 22 autosomas y un cromosoma X. Un espermatozoide normal contiene 22 autosomas y un cromosoma X o Y. Si un espermatozoide que contenga un cromosoma Y fertiliza al óvulo, la combinación resultante XY engendrará un varón. Por el contrario, si un espermatozoide que contenga un cromosoma X lo fertiliza, el resultado será una combinación XX y engendrará una mujer. Se

Espermatozoide Célula reproductora masculina.

Óvulo Célula reproductora femenina.

Autosomas Los 22 pares de cromosomas humanos que no ejercen un influjo significativo sobre la diferenciación sexual.

Cromosomas sexuales Serie individual de cromosomas que influye en la determinación del sexo biológico.



➡ **Figura 3.1** Las células humanas contienen 22 pares de autosomas pareados y un par de cromosomas sexuales. Una mujer normal tiene dos cromosomas X y un varón normal, un cromosoma X y un cromosoma Y.

necesitan dos cromosomas X para que las estructuras internas y externas femeninas se desarrollen por completo. Pero si sólo hay un cromosoma Y, se desarrollarán los órganos sexuales y reproductores del varón (Harley y colaboradores, 1992; Page y colaboradores, 1987).

Los investigadores localizaron un gen individual en el brazo corto del cromosoma Y que, al parecer, cumple la importantísima función de iniciar la secuencia de procesos que dan origen a las gónadas masculinas, o **testículos**. Este gen que determina la virilidad recibe el nombre de *SRY* (Bancroft, 2002; Jegalian y Lahn, 2001b).

Los resultados de una investigación efectuada por científicos de Italia y Estados Unidos indican que también existen uno o varios genes de la feminidad. Estudiaron cuatro casos de varones cromosómicos que tenían genitales externos feminizados. Los cuatro tenían cromosomas XY y un gene funcional *SRY* (virilidad). Tres de ellos presentaban genitales externos evidentemente femeninos; el cuarto tenía genitales externos ambiguos. Si el gen de la virilidad es el factor determinante del sexo biológico, los genitales externos de los individuos habrían seguido el patrón normal del desarrollo. Entonces, ¿qué factor desencadenó esta variación de la secuencia esperada? Al analizar su ADN se descubrió que se había duplicado una porción muy pequeña de material genético en el brazo corto del cromosoma X. Por eso los sujetos tenían una dotación doble de un gen llamado *DSS*, lo que ocasionó la feminización de un feto masculino normal desde el punto de vista cromosómico (Bardoni y colaboradores, 1994).

Lo anterior significa que uno o varios genes en el cromosoma X contribuyen a impulsar las gónadas indiferenciadas en una dirección femenina, del mismo modo que el gen *SRY* contribuye a iniciar la construcción de estructuras sexuales masculinas. Esto contradice la creencia tradicional de que el feto humano es intrínsecamente femenino y que, en contraste con la diferenciación prenatal del hombre, la de la mujer no requiere la intervención de ningún gen.

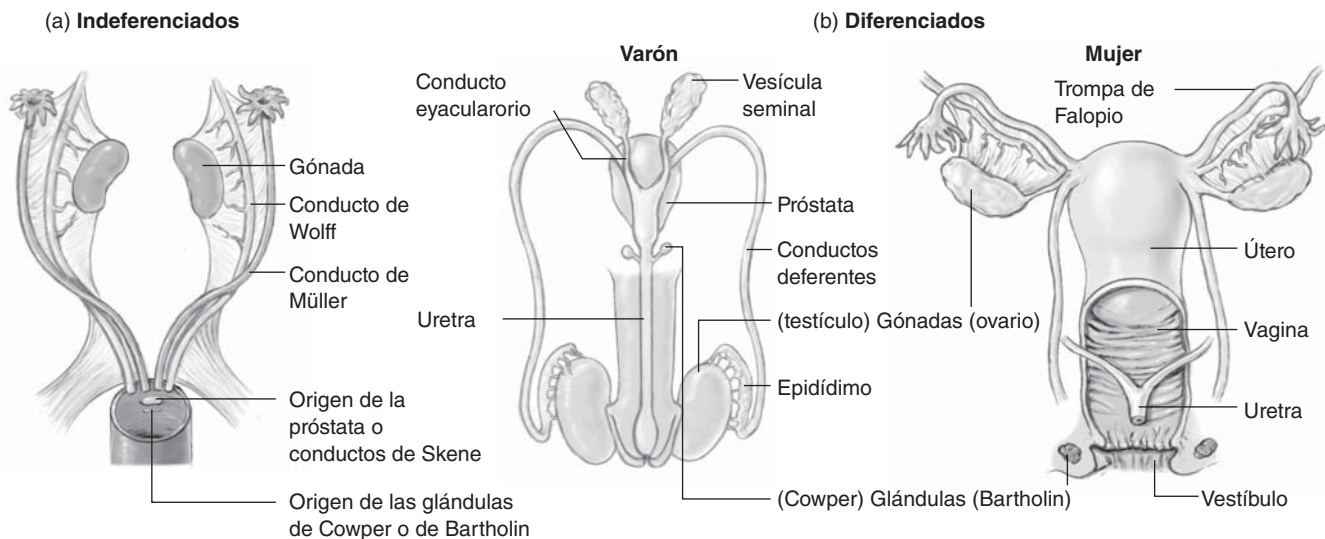
Sexo gonadal

En las primeras semanas después de la concepción, las estructuras que se convertirán en órganos de la reproducción, o **gónadas**, son las mismas en hombres y mujeres (➡ **figura 3.2a**). La diferenciación comienza aproximadamente al cabo de seis semanas después de la concepción. Las señales genéticas determinan si la masa del tejido sexual indiferenciado se convertirá en gónadas masculinas o femeninas (Bancroft, 2002; Hiort y Holterhus, 2000). En este momento uno o varios productos del gen *SRY* en el feto masculino provocan la transformación de las gónadas embrionarias en testículos. En ausencia del gen *SRY*, y quizá bajo el influjo del *DSS* u otro gen de la feminidad, el tejido indiferenciado de las gónadas se convierte en **ovarios** (➡ **figura 3.2b**).

Testículos Gónadas masculinas en el interior del escroto que producen espermatozoides y hormonas sexuales.

Gónadas Glándulas sexuales del hombre y de la mujer: ovarios y testículos.

Ovarios Gónadas femeninas que producen óvulos y hormonas sexuales.



➔ **Figura 3.2** Desarrollo prenatal de los sistemas de conductos internos masculinos y femeninos, desde (a) la indiferenciación (antes de la sexta semana), hasta (b) la diferenciación.

Los testículos o los ovarios, una vez que aparecen, empezarán a secretar sus propias hormonas sexuales. Como veremos en seguida, estas hormonas serán el factor decisivo en la diferenciación sexual ulterior, y cesará la influencia de los factores genéticos.

Sexo hormonal

Las gónadas producen hormonas y las secretan directamente en la corriente sanguínea. Los ovarios producen dos clases de hormonas: **estrógenos** y **compuestos progestacionales**. Los estrógenos, el más importante de los cuales es el *estradiol*, influyen en la aparición de las características sexuales físicas femeninas, además de que contribuyen a regular el ciclo menstrual. Entre los compuestos progestacionales sólo la *progesterona* tiene importancia fisiológica. Interviene en la regulación del ciclo menstrual y estimula el desarrollo del revestimiento uterino en preparación para el embarazo. Los **andrógenos** son el principal producto hormonal de los testículos. El más importante de ellos es la *testosterona*, que influye tanto en la adquisición de las características sexuales del varón como en la motivación sexual. En hombres y mujeres las glándulas suprarrenales también segregan hormonas sexuales, incluidas pequeñas cantidades de estrógeno y mayores cantidades de andrógeno.

Sexo de las estructuras internas de la reproducción

Aproximadamente a las ocho semanas después de la concepción, las hormonas sexuales empiezan a influir de manera considerable en la diferenciación sexual. Los dos sistemas de conductos de la figura 3.2a —los *conductos de Wolff* y los de *Müller*— comienzan a diferenciarse en las estructuras internas de la figura 3.2b. En un feto masculino, los andrógenos secretados por los testículos estimulan los conductos de Wolff para que se transformen en los conductos deferentes, las vesículas seminales y los conductos eyaculatorios. Otra sustancia liberada por los testículos recibe el nombre de *sustancia inhibidora de los conductos de Müller*; ésta provoca que el sistema de los conductos de Müller se contraiga y desaparezca en el varón (Bancroft, 2002; Lee y colaboradores, 1997). En ausencia de andrógenos, el feto desarrolla las estructuras femeninas (Clarnette y colaboradores, 1997). Los conductos de Müller se transforman en las trompas de Falopio, el útero y el tercio interno de la vagina, mientras que los conductos de Wolff se degeneran.

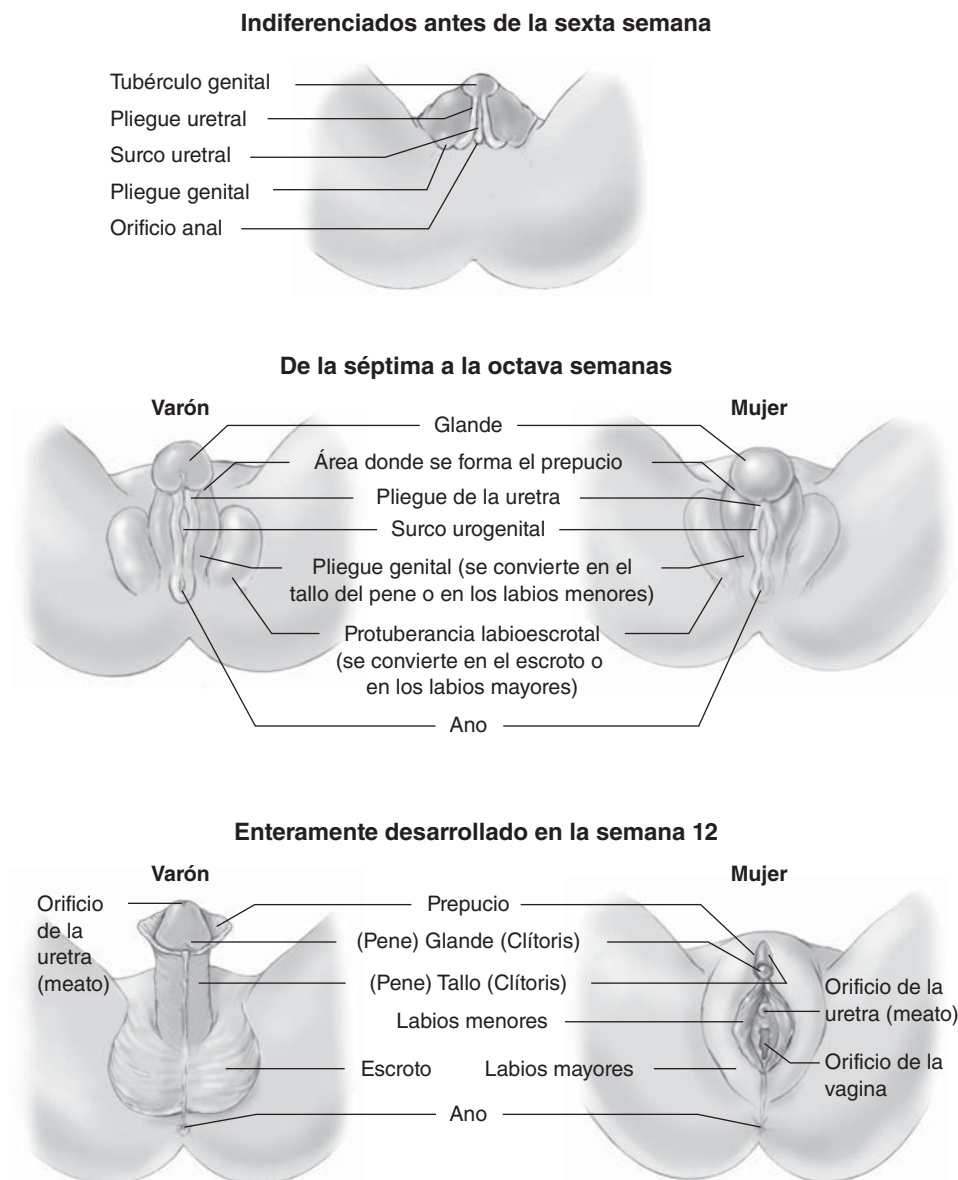
Estrógenos Clase de hormonas que dan origen a las características sexuales secundarias de la mujer y que afectan el ciclo menstrual.

Compuestos progestacionales Clase de hormonas, como la progesterona, que se produce en los ovarios.

Andrógenos Clase de hormonas que favorecen el desarrollo de los genitales y los caracteres sexuales del varón e influyen en la motivación sexual en hombres y mujeres. Son producidas por las glándulas suprarrenales en el hombre y la mujer, y por los testículos en el hombre.

Sexo de los genitales externos

Los genitales externos siguen un patrón similar de desarrollo. Hasta que las gónadas comienzan a secretar hormonas durante la sexta semana, los tejidos de los genitales externos del feto masculino y femenino permanecen indiferenciados (➊ **figura 3.3**). Estos tejidos se transformarán en los genitales externos del hombre o de la mujer, según la presencia o ausencia de un producto de la testosterona conocido como *dihidrotestosterona* (DHT). Esta sustancia estimula la *protuberancia labioescrotal* para que se convierta en el escroto, al *tubérculo genital* y a los *pliegues genitales* para que se diferencien respectivamente en el glande y en el tallo del pene. Los pliegues genitales se fusionan alrededor de la uretra para formar el tallo del pene, y ambos lados de la protuberancia labioescrotal se unen para formar el escroto. Estas fusiones no ocurren en la mujer. En ausencia de testosterona (y posiblemente bajo el influjo de una o varias sustancias liberadas por el gen *DSS*, el de la feminidad), el tubérculo genital se transforma en el clítoris, los pliegues genitales en los labios internos de la vagina o labios menores, y los dos lados de la protuberancia labioescrotal se diferencian para convertirse en los labios externos de la vagina o labios mayores. El proceso de



➊ **Figura 3.3** Desarrollo prenatal de los genitales externos masculinos y femeninos, desde que están indiferenciados y hasta que se encuentran completamente diferenciados.

➔ TABLA 3.2 Órganos sexuales homólogos

Mujer	Varón
Clítoris	Glande del pene
Capuchón del clítoris	Prepucio
Labios menores	Tallo del pene
Labios mayores	Saco del escroto
Ovarios	Testículos
Conductos de Skene	Próstata
Glándulas de Bartholin	Glándulas de Cowper

Hipotálamo Estructura pequeña situada en el núcleo central del cerebro que controla la hipófisis y regula la conducta motivada, así como la expresión de las emociones.

diferenciación termina en la decimosegunda semana: el pene y el escroto son reconocibles en los hombres; el clítoris y los labios, en la mujer.

Los genitales externos, las gónadas y algunas estructuras internas de ambos sexos se originan en los mismos tejidos embrionarios, por eso no debe sorprendernos que tengan partes homólogas. En la ➔ tabla 3.2 se resumen estas correspondencias. En los capítulos 4 y 5 examinaremos más a fondo la forma y la función de los órganos sexuales.

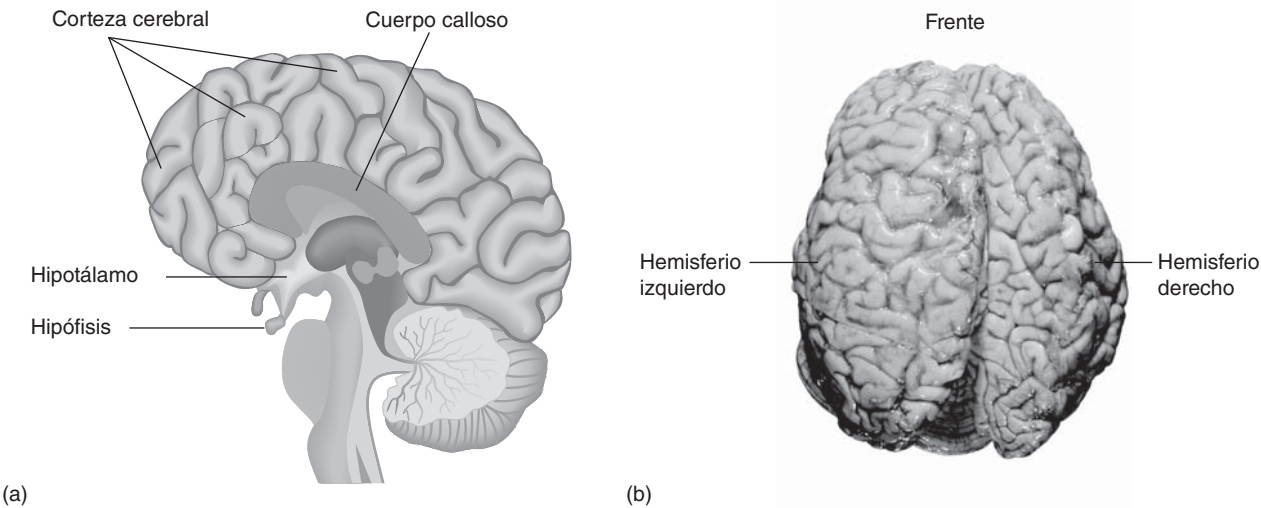
Diferenciación sexual del cerebro

En parte, divergencias importantes de índole estructural y funcional del cerebro de hombres y mujeres son resultado de los procesos prenatales de diferenciación

sexual (Dennis, 2004; Hines, 2004; Wisniewski y colaboradores, 2005). Muchas áreas del cerebro prenatal en desarrollo se ven afectadas significativamente por las hormonas circulantes (testosterona y estrógeno), que contribuyen a la diferenciación (Arnold, 2003, 2004; Dennis, 2004; Hines, 2004).

En el nivel más general se observa una notable diferencia en el tamaño del cerebro. A los seis años, cuando alcanza la plenitud de su tamaño adulto, el de los varones es aproximadamente 15% más grande que el de la mujer (Gibbons, 1991). En opinión de los investigadores, la diferencia de tamaño se debe a los andrógenos, que estimulan un crecimiento más rápido del cerebro de los niños (Wilson, 2003). Otras diferencias específicas se relacionan por lo menos con tres estructuras importantes: el *hipotálamo*, los *hemisferios cerebrales* izquierdo y derecho y el *cuerpo calloso* (➔ figura 3.4).

Varias investigaciones atribuyen las notables diferencias entre el **hipotálamo** del hombre y de la mujer a la presencia o ausencia de la testosterona circulante durante la diferenciación prenatal (McEwen, 2001; Reiner, 1997a, 1997b). Cuando no circula testosterona, el hipotálamo de la mujer produce células receptoras especializadas sensibles al estrógeno de la sangre. En el feto masculino, la presencia de testosterona evita que dichas células se vuelvan sensibles al estrógeno. Esta diferenciación prenatal resulta crítica para procesos que se efectuarán más tarde. Durante la pubertad el hipotálamo femenino sensible a estrógenos hace que la hipófisis



➔ **Figura 3.4** Partes del cerebro humano: (a) sección transversal que muestra la corteza cerebral, el cuerpo calloso, el hipotálamo y la hipófisis; (b) vista superior que muestra los hemisferios izquierdo y derecho. Sólo es visible la corteza cerebral que cubre ambos hemisferios.

© Custom Medical Stock Photo

libere hormonas en forma cíclica, desencadenando así el ciclo menstrual. El hipotálamo masculino, insensible a los estrógenos, dirige una producción relativamente constante de hormonas sexuales.

La investigación ha realizado descubrimientos fascinantes respecto de las diferencias sexuales en una diminuta región del hipotálamo denominada *lecho del núcleo de la estría terminal* (BST, por las siglas en inglés para *bed nucleus of the stria terminalis*) (Chung y colaboradores, 2002; Gu y colaboradores, 2003). El BST contiene receptores para andrógeno y estrógeno; al parecer ejerce una influencia significativa sobre las diferencias y el funcionamiento sexual. Un área central del BST es mucho mayor en los hombres que en las mujeres (Zhou y colaboradores, 1995), y una región posterior es dos veces mayor en ellos (Allen y Gorski, 1990). Los investigadores han observado diferencias sexuales en una región anterior del hipotálamo, llamada *área preóptica*. Un sitio específico de esta área es mucho más grande en los varones que en las mujeres (Allen y colaboradores, 1989; Swaab y colaboradores, 1995). La evidencia de estos trabajos y otros más ha llevado a algunos teóricos a suponer lo siguiente: las diferencias en la conducta sexual y de género, tanto en niños como en adultos, se debe en parte a una masculinización o feminización del cerebro durante el desarrollo prenatal, provocada por las hormonas (Bancroft, 2002; Cohen-Kettenis, 2005; Lerman y colaboradores, 2000).

Otras diferencias fundamentales entre el cerebro de la mujer y el del hombre se han demostrado en la función y estructura lo mismo de los hemisferios cerebrales que del cuerpo caloso. El **cerebro**, formado por dos **hemisferios** y la interconexión entre ellos, constituye la parte más voluminosa del encéfalo. Los dos hemisferios, aunque no exactamente idénticos, son casi una réplica especular uno del otro (figura 3.4b). Los recubre una capa externa —la **corteza cerebral**—, una estructura muy importante encargada de los procesos mentales superiores: memoria, percepción y pensamiento. Sin ella dejaríamos de vivir como personas individualizadas y funcionales.

Como se aprecia en la figura 3.4b, los dos hemisferios son más o menos simétricos; a las áreas del lado izquierdo le corresponden aproximadamente las del lado derecho. Algunas funciones, entre ellas el habla, la audición, la visión y el movimiento, están localizadas en varias regiones de los hemisferios corticales. Además, cada hemisferio tiende a especializarse en determinadas funciones. Por ejemplo, en la mayoría de las personas, las habilidades verbales como la expresión y comprensión del lenguaje están gobernadas por el hemisferio izquierdo más que por el derecho. En cambio, el hemisferio derecho parece especializarse más en la orientación espacial, incluida la capacidad de reconocer objetos y formas y de percibir las relaciones entre ellos.

La designación *lateralización de la función* indica el grado en que una función en particular está controlada por un hemisferio más que por ambos. Por ejemplo, si la capacidad de alguien para realizar tareas espaciales cae exclusivamente bajo el control del hemisferio derecho, podríamos decir que esa capacidad está sumamente lateralizada en el individuo. Por el contrario, si ambos hemisferios aportan lo mismo a la función, diremos que la capacidad espacial de la persona es bilateral.

Aun cuando los hemisferios tienden a especializarse para cumplir funciones distintas, no son sistemas separados por completo. Más bien, el cerebro opera casi siempre como un todo integrado. Los dos hemisferios se comunican sin cesar mediante una banda ancha de millones de fibras nerviosas conectoras, denominada **cuerpo caloso** (Smith y colaboradores, 2005) (figura 3.4a). En la mayoría de los casos una función tan compleja como el lenguaje está controlada fundamentalmente por las regiones del hemisferio izquierdo, aunque interviene la interacción y la comunicación con el hemisferio derecho. Más aún, si se daña un hemisferio encargado de realizar una función, el hemisferio intacto la asumirá (Ogden, 1989).

Teniendo presente esta idea general de la lateralización del cerebro, aclaramos que la investigación ha revelado diferencias importantes en las estructuras cerebrales de los hombres y las mujeres. Primero, los estudios del cerebro fetal de personas y ratas revelan que la corteza cerebral del hemisferio derecho tiende a ser más gruesa

Cerebro La parte más grande del encéfalo, formada por dos hemisferios.

Hemisferios Los dos lados (derecho e izquierdo) del cerebro.

Corteza cerebral Capa exterior de los hemisferios cerebrales que realiza los procesos mentales superiores.

Cuerpo caloso Banda ancha de fibras nerviosas que conecta los hemisferios izquierdo y derecho.

en los machos que en las hembras (De Lacoste y colaboradores, 1990; Diamond, 1991b). He aquí algo quizá todavía más importante: las diferencias sexuales del tamaño total del cuerpo calloso en varios animales, entre ellos el ser humano (Coe y colaboradores, 2002). En varios estudios se comprobó que esta estructura es mucho más gruesa en el cerebro de la mujer que en el del hombre (Smith y colaboradores, 2005). Gracias a su mayor grosor, el cuerpo calloso permite la comunicación entre los dos hemisferios, lo que explicaría por qué el cerebro de la mujer tiene una función menos lateralizada y por qué el del hombre presenta mayores asimetrías de función (Kimura, 1992; Wilson 2003).

La investigación demuestra sin lugar a dudas las diferencias entre el cerebro de hombres y mujeres en el nivel de especialización hemisférica de las habilidades verbales y cognoscitivas. La mujer tiende a utilizar los dos hemisferios al llevar a cabo actividades de tipo verbal y espacial, mientras que el hombre propende más a exhibir patrones de asimetría hemisférica, pues sólo utiliza un hemisferio en dichas funciones (Lambe, 1999; Wisniewski y colaboradores, 2005). La red más sólida de comunicación entre las dos mitades del cerebro femenino podría explicar por qué la mujer suele presentar menor deterioro de las funciones cerebrales que el hombre, a raíz de un daño neurológico similar en un hemisferio (Majewska, 1996).

Teóricos e investigadores discuten si estas diferencias estructurales del cerebro explican las diferencias que se observan en el funcionamiento cognoscitivo de hombres y mujeres. Ellas consiguen calificaciones más altas que los varones en las pruebas de habilidades verbales, mientras que sucede lo contrario en las pruebas espaciales (Beller y Gafni, 2000; Gron y colaboradores, 2000; Halpern y LaMay, 2000). Según algunos investigadores, las diferencias entre las estructuras de los hemisferios y el cuerpo calloso de hombres y mujeres indicarían una posible base biológica para las distinciones que se observan en lo relativo a la adquisición de los conocimientos (Geer y Manguno-Mire, 1997; Gur y colaboradores, 1995; Leibenluft, 1996). Sin embargo, muchos teóricos señalan que las discrepancias observadas en las habilidades cognoscitivas de ambos sexos se deben sobre todo a factores psicosociales (Fausto-Sterling, 2000; Green y colaboradores, 1999). Citan pruebas sustanciales de que tales diferencias han disminuido notablemente en los últimos años (Carter, 2000; Fausto-Sterling, 2000; Hyde, 2004). Por último, para poner la cuestión de las distinciones sexuales en una perspectiva apropiada, citamos las palabras de la eminente psicóloga Carol Tavris (2005), quien dijo que “las semejanzas entre los sexos, tanto en conducta como en aptitudes, son mucho mayores que las diferencias” (p. 12).



Palabras para consultar en InfoTrac

● Diferenciación sexual

Diferenciación prenatal atípica

Hasta ahora hemos considerado sólo la diferenciación prenatal típica. Pero gran parte de lo que sabemos respecto del efecto que tiene la diferenciación sexual biológica en la adquisición de la identidad de género proviene de estudios consagrados a la diferenciación atípica.

Ya vimos que la diferenciación de las estructuras sexuales internas y externas ocurre bajo el influjo de estímulos biológicos. Cuando estas señales se desvían del patrón normal, el resultado puede ser un sexo biológico ambiguo. A las personas con características sexuales contradictorias o ambiguas se les conoce a menudo como *hermafroditas*, término derivado de Hermafrodito, dios de la mitología griega que supuestamente poseía atributos de ambos sexos. Ahora se prefiere la denominación de **intersexuales** (Morris, 2003).

Cuando se habla de esta anomalía, conviene distinguir entre **verdaderos hermafroditas** y **pseudohermafroditas**. Los primeros tienen ovarios y tejido testicular; son extremadamente raros (Blackless y colaboradores, 2000; Parker, 1998). A menudo sus genitales externos son una combinación de estructuras

Intersexual Término que se aplica a quien posee atributos biológicos de ambos sexos.

Verdaderos hermafroditas Individuos extremadamente raros que tienen tejido ovárico y testicular en el cuerpo: sus órganos genitales externos a menudo constituyen una combinación de estructuras masculinas y femeninas.

masculinas y femeninas. Hay muchos más pseudohermafroditas; su frecuencia aproximada es de 1 en cada 2000 partos (Colapinto, 2000; Diamond, 2004). Estos individuos también presentan una anatomía reproductora ambigua tanto interna como externa; sólo que, a diferencia de los verdaderos hermafroditas, nacen con gónadas que corresponden a su sexo cromosómico. Los estudios dedicados a ellos han contribuido a esclarecer la influencia relativa de la biología y del aprendizaje social en la formación de la identidad de género. Esta condición intersexual puede ocurrir a causa de una combinación atípica de cromosomas sexuales o como resultado de irregularidades hormonales prenatales. En esta sección vamos a ofrecer datos tomados de cinco tipos de pseudohermafroditas, evidencia que se sintetiza en la **tabla 3.3**.

Pseudohermafroditas Individuos cuyas gónadas corresponden a su sexo cromosómico, pero cuya anatomía reproductora interna y externa atiende una combinación de estructuras masculinas y femeninas o que no son completamente masculinas ni tampoco femeninas.


Palabras para consultar en InfoTrac

- Intersexual
- Hermafrodita
- Transgénero

TABLA 3.3 Resumen de algunos ejemplos de la diferenciación sexual prenatal atípica

Síndrome	Sexo cromosómico	Sexo gonadal	Estructuras reproductoras internas	Genitales externos	Fertilidad	Características sexuales secundarias	Identidad de género
Síndrome de Turner	45, XO	Franjas fibrosas en el tejido de los ovarios	Útero y trompas de Falopio	Mujer normal	Estéril	Senos subdesarrollados	Mujer
Síndrome de Klinefelter	47, XXY	Testículos pequeños	Varón normal	Pene y testículos pequeños	Estéril	Un poco de feminización de las características sexuales secundarias; puede haber desarrollo de los senos y contornos corporales redondeados	Generalmente varón, aunque con una incidencia mayor de confusión de la identidad de género
Síndrome de insensibilidad a los andrógenos	46, XY	Testículos no descendidos	Anormalidad de las estructuras internas del varón o de la mujer	Genitales normales de la mujer y una vagina superficial	Estéril	En la pubertad se observan un desarrollo de los senos y otros signos de maduración sexual normal de la mujer, pero no ocurre la menstruación	Mujer
Mujeres androgenizadas en el periodo fetal	46, XX	Ovarios	Mujer normal	Ambiguos (generalmente más masculinos que femeninos)	Fértil	Mujer normal (a las que presentan disfunción suprarrenal se les debe administrar cortisona para evitar la masculinización)	Generalmente mujer, pero considerable insatisfacción con la identidad de género; orientación a las actividades masculinas tradicionales
Varones con deficiencia de DHT	46, XY	Testículos no descendidos al nacer; descienden durante la pubertad	Conductos deferentes, vesículas seminales y conductos eyaculatorios, pero sin próstata; vagina parcialmente formada	Ambiguos al nacer (más masculinos que femeninos), en la pubertad los genitales se masculinizan	Estéril	Mujer antes de la pubertad; se masculiniza en esta etapa	Mujer antes de la pubertad; la mayoría asume la identidad masculina tradicional al llegar a la pubertad.

Trastornos (síndromes) del sexo cromosómico

A veces ocurren errores en el primer nivel de la determinación biológica del sexo; entonces, al nacer el individuo tiene uno o más cromosomas supernumerarios, o bien le falta uno. Se conocen más de 70 irregularidades de los cromosomas sexuales (Nielson y Wohler, 1991), las cuales están asociadas con diversos efectos físicos, conductuales y de salud. Vamos a examinar dos de los que han sido estudiados con mayor detalle: el síndrome de Turner y el de Klinefelter.

Síndrome de Turner

Anomalía poco frecuente que se caracteriza por la presencia de un cromosoma X no pareado (XO); los individuos afectados tienen genitales externos femeninos normales, pero sus estructuras reproductoras internas no se desarrollan por completo.

Síndrome de Turner. Es un problema poco frecuente que se caracteriza por la presencia de un solo cromosoma, un cromosoma X. Se estima que se presenta en uno de cada 1 700-2 500 partos en que el producto nace vivo y de sexo femenino (Intersex Society of North America, 2006). El número de cromosomas en el óvulo fertilizado es de 45 en vez del normal de 46. A la combinación sexo-cromosómica se le designa con el símbolo XO. Las personas con este síndrome desarrollan genitales externos femeninos de tipo normal y por eso se les clasifica como mujeres. Sin embargo, las estructuras internas de la reproducción no se desarrollan plenamente; los ovarios están ausentes o se reemplazan sólo con bandas fibrosas de tejido, no se desarrollan los senos en la pubertad (a menos que se administre un tratamiento hormonal); no se presenta menstruación y existe esterilidad. En la edad adulta su estatura tiende a ser baja (Gravholt y colaboradores, 1998).

Dado que las gónadas no existen o están poco desarrolladas y por lo mismo la calidad o cantidad de las hormonas es insuficiente, el síndrome de Turner permite que se forme la identidad de género en ausencia de las influencias gonadal y hormonal (los niveles segundo y tercero de la determinación biológica del sexo). Los individuos se identifican a sí mismos como mujeres, y en general ni sus intereses ni sus conductas las distinguen de una mujer biológicamente normal (Kagan-Krieger, 1998). Esto es prueba fehaciente de que es posible lograr una identidad femenina sin ovarios ni sus productos.

Síndrome de Klinefelter

Anomalía caracterizada por la presencia de dos cromosomas X y un cromosoma Y (XXY); los afectados tienen genitales masculinos externos de tamaño pequeño.

Síndrome de Klinefelter. Es el error más común de los cromosomas sexuales en el ser humano. Se calcula que ocurre en uno de cada 1 000 nacimientos de varones vivos (Intersex Society of North America, 2006). Se produce cuando un óvulo atípico con 22 autosomas y dos cromosomas X es fertilizado por un espermatozoide portador del cromosoma Y, lo que da origen a un individuo XXY. Pese a la combinación XY característica de los varones normales y del patrón XX de las mujeres normales, las personas afectadas son varones desde el punto de vista anatómico. La anomalía corrobora la hipótesis de que la presencia de un cromosoma Y origina estructuras varoniles. Sin embargo, la presencia de un cromosoma sexual femenino supernumerario impide el desarrollo continuo de esas estructuras y los hombres suelen ser estériles, con testículos y pene más pequeños que el promedio. Además, muestran poco interés por la actividad sexual (Money, 1968; Rabock y colaboradores, 1979). Se piensa que este impulso sexual atenuado proviene, al menos en parte, de una producción insuficiente de hormonas en los testículos.

Los varones afectados tienden a ser altos y muestran características físicas un poco femeninas; en ocasiones los senos están desarrollados y los contornos del cuerpo redondeados (Looy y Bouma, 2005). El tratamiento a base de testosterona durante la adolescencia y la adultez favorece la adquisición de los rasgos sexuales secundarios, y puede aumentar el interés sexual (Kolodny y colaboradores, 1979). Estas personas se identifican como varones, aunque a menudo muestran cierta inseguridad en su identidad de género (Mandoki y colaboradores, 1991).

Trastornos que afectan los procesos hormonales prenatales

En ocasiones las características sexuales ambiguas que acompañan al pseudohermafroditismo también provienen de errores biológicos inducidos genéticamente que originan variaciones en los procesos hormonales prenatales. Vamos a explicar tres

ejemplos de trastornos ocasionados por dichos errores: síndrome de insensibilidad a los andrógenos, mujeres androgenizadas en el periodo fetal y hombres con deficiencia de dihidrotestosterona.

Síndrome de insensibilidad a los andrógenos. En este síndrome, causado por un defecto genético poco común, las células de un feto masculino con cromosomas normales son insensibles a los andrógenos (Mazur, 2005). El resultado es la feminización del desarrollo prenatal, así que el niño nace con genitales femeninos de apariencia normal y una vagina poco profunda. De ahí que se le identifique y se le críe como mujer. La anomalía suele descubrirse ya bien entrada la adolescencia, cuando se consulta a un médico para que averigüe por qué no se ha iniciado la menstruación.

Una reseña de numerosos estudios del síndrome reveló que los afectados logran una identidad clara del sexo femenino y se comportan según lo previsto (Mazur, 2005). En un estudio los investigadores compararon los resultados psicológicos y el desarrollo del género en un grupo de 22 mujeres que presentaban el síndrome contra los de un grupo de control de 22 mujeres que no lo sufrían. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos en ninguna de las evaluaciones psicológicas: identidad de género, orientación sexual, conductas relacionadas con el rol de género y calidad global de vida (Hines y colaboradores, 2003).

A primera vista los datos anteriores parecen corroborar la importancia del aprendizaje social en la formación de la identidad de género. Sin embargo, también puede afirmarse que los resultados indican la enorme importancia de los factores biológicos en este aspecto de la personalidad. La insensibilidad a los andrógenos en los afectados podría impedir la masculinización del cerebro necesaria para lograr la identidad de varón y también para desarrollar los genitales masculinos.

Mujeres androgenizadas en el periodo fetal. En un segundo tipo de diferenciación sexual atípica y poco frecuente, las mujeres con cromosomas normales son masculinizadas en el periodo prenatal al entrar en contacto con un alto nivel de andrógenos, exceso generalmente debido a una disfunción de origen genético de sus glándulas suprarrenales (*síndrome adrenogenital*) (Dessens y colaboradores, 2005; Hines y colaboradores, 2004). Como resultado, estas criaturas nacen con genitales externos de aspecto masculino: un clítoris agrandado similar al pene y labios fusionados que semejan el escroto (➊ figura 3.5). Generalmente se les identifica como mujeres en las pruebas médicas, se les trata con cirugía menor o terapia hormonal para eliminar la ambigüedad de sus genitales y se les cría como mujeres.

En numerosos estudios se comprobó lo siguiente: aunque una gran mayoría de **mujeres androgenizadas en el periodo fetal** adquieren la identidad femenina, muchas realizan actividades reservadas tradicionalmente a los varones y rechazan la conducta y actitudes que suelen asociarse con la mujer (Dessens y colaboradores, 2005; Hines y colaboradores, 2004). Un pequeño número de ellas se sienten tan incómodas con el sexo asignado que terminan asumiendo la identidad del sexo masculino junto con las conductas que le son propias (Meyer-Bahlburg y colaboradores, 1996; Slijper y colaboradores, 1998). Los estudios dedicados a las mujeres androgenizadas en el periodo fetal al parecer

Síndrome de insensibilidad a los andrógenos Anomalía resultante de un defecto genético que hace a los varones cromosómicamente normales insensibles a la acción de la testosterona y de otros andrógenos. Los afectados tienen genitales externos femeninos de aspecto normal.

Mujer androgenizada durante el periodo fetal Mujer cromosómicamente normal (XX) que por una excesiva exposición a andrógenos durante la diferenciación sexual prenatal desarrolla genitales externos semejantes a los del hombre.

➊ **Figura 3.5** Genitales externos masculinizados de una bebé androgenizada en el periodo fetal.



Según Money, John y Anke A. Ehrhardt. *Man and Woman, Boy and Girl: Differentiation and Dimorphism of Gender Identity from Conception to Maturity*, p. 115 (fig. 6.2). © 1973. Fotografía reimpressa con autorización de Johns Hopkins University Press.

reflejan el considerable impacto que los factores biológicos tienen en la formación de la identidad de género.

Varón con déficit de dihidrotestosterona
Hombre cromosómicamente normal (XY) que desarrolló genitales externos semejantes a los de la mujer, debido a un defecto genético que impide la conversión prenatal de testosterona en dihidrotestosterona (DHT).

Varones con déficit de dihidrotestosterona (DHT) Un tercer tipo de la diferenciación prenatal atípica se debe a un defecto genético que impide la transformación de testosterona en dihidrotestosterona, hormona esencial para el desarrollo normal de los genitales externos en el feto masculino. Los testículos de las personas afectadas no descienden antes del nacimiento; se interrumpe el desarrollo normal del pene y el escroto, de modo que asemejan clítoris y labios y se forma parcialmente una vagina superficial. Como sus genitales se parecen más a los de la mujer que a los del varón, a estos individuos **con déficit de DHT** suele identificárseles como mujeres y se les cría como tales. No obstante, como sus testículos siguen estando funcionales, se opera un cambio sorprendente durante la pubertad, a medida que la deficiencia de dihidrotestosterona se revierte al acelerarse la producción de testosterona. El incremento hace que los testículos desciendan y que los órganos similares al clítoris se agranden, convirtiéndose en pene. En una palabra, los hombres experimentan una rápida transformación, ¡de aparentes mujeres en hombres! ¿Cómo reaccionan?

La investigación indica que la mayoría de los varones afectados por esta deficiencia cambia su identidad sexual femenina por la identidad masculina, generalmente en la adolescencia o en los primeros años de la adultez (Cohen-Kettenis, 2005; Imperato-McGinley y colaboradores, 1979). Ello pone en tela de juicio la idea generalizada de que una vez establecida la identidad de género en los primeros años de vida, es imposible modificarla.

Los ejemplos anteriores de diferenciación sexual atípica aportan al parecer evidencia contradictoria. En el primer ejemplo de los varones con el síndrome de insensibilidad a los andrógenos, los varones cromosómicos adquieren una identidad sexual femenina acorde con la crianza que reciben. En el segundo ejemplo, las mujeres cromosómicas masculinizadas en el periodo prenatal tienden a comportarse de un modo típicamente masculino pese a que fueron criadas como mujeres. Por último, en el tercer ejemplo los varones cromosómicos cuya virilidad biológica no se manifiesta sino en la pubertad, logran cambiar su identidad sexual por la de varones, a pesar de haber sido socializados como mujeres a temprana edad. ¿Se contradicen estos resultados o existe una explicación aceptable de estas aparentes incongruencias?

Como señalamos en páginas anteriores, algunos datos muestran que los andrógenos prenatales influyen en la diferenciación sexual del cerebro al desencadenar la masculinización de las estructuras sexuales. El mismo defecto de los genes que impide la masculinización de los genitales de varones con el síndrome de insensibilidad a los andrógenos, también podría bloquear la masculinización del cerebro, influenciando de esta manera el desarrollo de una identidad genérica femenina. En forma análoga, la influencia masculinizadora de los andrógenos prenatales en el cerebro quizá explique también las conductas hombrunas de las mujeres androgenizadas en el periodo fetal. Pero, ¿y los varones con déficit de dihidrotestosterona que parecen realizar una transición suave de una identidad sexual femenina a una identidad masculina? Tal vez en la etapa prenatal su cerebro fue programado con una orientación varonil. Tal vez tuvieron niveles normales de andrógenos y, con excepción del desarrollo genital, pudieron responder apropiadamente a esas hormonas en las etapas críticas prenatales. No podemos afirmar con certeza que los andrógenos prenatales masculinicen el cerebro. Pero he aquí la explicación lógica que ofrece esa interpretación: los individuos con déficit de dihidrotestosterona, ya predispuestos a una identidad sexual masculina a pesar de ser identificados como mujeres, pueden cambiarla en la adolescencia frente a las alteraciones de su cuerpo.

Estos estudios fascinantes subrayan la complejidad de la determinación biológica del sexo. Ya señalamos que, en la diferenciación sexual prenatal, intervienen muchas etapas, todas ellas susceptibles de error. Existen datos fidedignos aportados por la investigación acerca de que los factores biológicos, en particular la exposición

prenatal del cerebro a los andrógenos, contribuyen a la formación de la identidad de género. Pero aquí no se agota la pregunta: ¿qué nos hace hombres o mujeres? Para ampliarla, abordamos a continuación la función de los factores del aprendizaje social en la formación de la identidad de género *después* del nacimiento.

Influencia del aprendizaje social en la identidad de género

Hasta ahora sólo hemos considerado los factores biológicos que determinan la identidad de género. Nuestro sentido de masculinidad o feminidad, sin embargo, no se funda exclusivamente en ellos. Según la teoría del aprendizaje social, la identificación con los roles masculinos o femeninos o con una combinación de ellos (androginia) proviene principalmente de los modelos socioculturales y de las influencias a las que hemos estado sometidos durante el desarrollo temprano (Lips, 1997; Lorber, 1995).

Desde antes de que nazca su hijo, los progenitores (y otros adultos que intervienen en la crianza) tienen ideas preconcebidas sobre las diferencias entre niños y niñas. Y comunican sus ideas mediante muchos medios sutiles o no tan sutiles (Witt, 1997). Las expectativas de los roles de género influyen en los ambientes donde crece el niño, desde la elección del color de su cuarto hasta la selección de los juguetes. Del mismo modo, influye lo que los padres piensan de sus hijos. Por ejemplo, en una investigación se solicitó a los padres que describieran a sus recién nacidos. Los progenitores de varones los caracterizaban con adjetivos como “fuertes”, “activos” y “robustos”; en cambio, los de mujeres usaban adjetivos como “suaves” y “delicadas”, a pesar de que los hijos de ambos tenían un tamaño y tono muscular semejantes (Rubin y colaboradores, 1974). No sorprende, pues, que las expectativas de los roles de género influyan en la manera en que los padres reaccionan ante sus hijos. A un niño lo alentarán para que no llore si se raspa una rodilla y para que muestre otras cualidades “viriles”, como independencia y agresividad; a las mujeres las alentarán para que sean cariñosas y cooperativas (Hyde, 2004; Mosher y Tomkins, 1988).

A los tres años los niños ya han adquirido una firme identidad de género (DeLamater y Friedrich, 2002). A partir de ese momento el reforzamiento de su identidad suele perpetuarse por sí misma, pues procuran ajustar su comportamiento a lo que aprendieron que es apropiado para su sexo (DeLamater y Friedrich, 2002). Por lo regular las niñas pasan por un periodo en el que insisten en usar vestidos o cocinar. A veces esto decepciona a sus madres que han adoptado guardarropa más cómodo y que han dejado la cocina por una carrera profesional. Por su parte, a los niños les fascinan los superhéroes, los policías y otros modelos de roles culturales; de ahí que procuren adoptar conductas apropiadas a esos roles.

cathy®

por Cathy Guisewite



Cathy, © 1986 Universal Press Syndicate. Reimpreso con autorización. Todos los derechos reservados.



© Myrleen Ferguson Cate/PhotoEdit



© Donna Day/Getty Images

Los padres empiezan a ser más sensibles al tipo de juguetes con que se divierten sus hijos, aunque todavía muchos escogen un tipo de juguetes y actividades para los niños y otros para las niñas.

Los estudios antropológicos de diversas culturas corroboran la interpretación de la identidad de género a partir del aprendizaje social. En varias sociedades las diferencias entre hombres y mujeres que a menudo suponemos innatas simplemente no son evidentes. Un ejemplo: el libro clásico *Sex and Temperament in Three Primitive Societies* (1963) de Margaret Mead revela que otras sociedades tienen sus propias ideas de lo que consideran femenino o masculino. En ese multicitado informe de su trabajo de campo en Nueva Guinea, nos habla de dos sociedades que minimizan las diferencias entre los sexos. Ella observa que entre los mundugumor, ambos sexos se muestran agresivos, insensibles, poco cooperativos y nada cariñosos, conductas que serían juzgadas como masculinas según las normas de nuestra sociedad. En cambio, entre los arapesh, hombres y mujeres muestran dulzura, sensibilidad, compasión y no agresividad, conductas que serían juzgadas femeninas por nosotros. Y en una tercera sociedad estudiada por Mead, los tchambuli, los roles de género son lo contrario de lo que es normal para los norteamericanos. Como no existen pruebas de que los miembros de esas sociedades sean biológicamente diferentes a los estadounidenses, sus interpretaciones a veces tan diametralmente opuestas de lo que es masculino y lo que es femenino parece provenir de diferentes procesos del aprendizaje social.

Por último, los partidarios de la interpretación de la identidad de género basada en el aprendizaje social mencionan diversos estudios de criaturas intersexuales nacidas con genitales externos ambiguos a quienes se les asigna un sexo en particular y se les cría en concordancia. Gran parte de los primeros trabajos en esta área los efectuó en el Johns Hopkins University Hospital un equipo encabezado por John Money. Cuando estos tratamientos estaban aplicándose, tanto Money como sus colegas creían que un individuo era psicosexualmente neutral o indiferenciado al momento de nacer y que las experiencias de aprendizaje social son factores determinantes para el comportamiento del rol de género y la identidad de género (Money, 1961, 1963; Money y Ehrhardt, 1972). Por eso prestaron poca atención a relacionar los genitales externos con los cromosomas sexuales. Debido a que la prioridad era guiarse por el aspecto más natural de los genitales, a muchos niños intersexuales se les

asignó el sexo femenino porque la reconstrucción quirúrgica de genitales ambiguos orientada a los de forma femenina era, y sigue siendo, más fácil desde el punto de vista mecánico. Además, ofrece ventajas estéticas y funcionales superiores a la construcción de un pene (Diamond, 2004; Diamond y Sigmundson, 1997; Nussbaum, 2000).

Durante años, Money y sus colegas dieron seguimiento a esos niños y señalaron lo siguiente: en la generalidad de los casos, las criaturas cuyo sexo asignado no igualaba al sexo cromosómico adquirían una identidad de género acorde con la manera en que se les criaba (Money, 1965; Money y Ehrhardt, 1972). Hace poco se publicaron otros datos que confirman sus hallazgos. Un grupo de investigadores encuestó a 39 adultos que habían sido sometidos en la infancia a una alteración quirúrgica en Johns Hopkins. Todos son varones genéticos que nacieron con un micropene y un orificio uretral en la parte inferior. Algunos de ellos fueron intervenidos para convertirlos anatómicamente en mujeres y otros en varones, asignándoles el sexo respectivo. La mayoría (78% de mujeres y 76% de hombres) dijeron sentirse satisfechos con el sexo elegido para ellos, lo mismo que con su imagen corporal, su funcionamiento y orientación sexuales. Con todo, dos de los 39 cambiaron de sexo en la edad adulta (Migeon y colaboradores, 2002).

La investigación reveló que por lo menos unas cuantas criaturas intersexuales quizá no sean psicosexualmente neutrales en el momento de nacer como se había creído en un principio. El seguimiento a largo plazo de varios sujetos de los que fueron tratados conforme al protocolo de Johns Hopkins, indicó que algunos han tenido serios problemas para adaptarse al sexo que les asignaron (Diamond, 1997; Diamond y Sigmundson, 1997). Un caso especialmente conmovedor es el de unos gemelos idénticos, uno de los cuales sufrió un accidente durante la circuncisión que le destruyó la mayor parte del tejido del pene. Como no era posible una reconstrucción adecuada mediante cirugía plástica, se recomendó criarlo como mujer y practicarle una intervención de cambio de sexo. Al cabo de unos meses los progenitores decidieron empezar a educarlo como niña. Poco después se realizaron la castración y una cirugía genital inicial a fin de facilitar la feminización. Los análisis de estos gemelos durante la niñez temprana demostraron que, a pesar de poseer material genético idéntico, no adquirían la misma identidad de género ante sus experiencias individuales de aprendizaje social. Ello pese a estar dotados del mismo material genético. Más aún, el niño a quien se le reasignó el sexo femenino empezaba ya a convertirse en una niña que funcionaba normalmente.

Si la historia de los gemelos hubiera terminado aquí, habría suficiente evidencia del rol dominante que el aprendizaje social tiene en la formación de la identidad de género. Sin embargo, en un seguimiento posterior (Diamond y Sigmundson, 1997) se descubrió que, a partir de los 14 años de edad, esta persona decidió dejar de vivir como mujer sin conocer todavía su estructura cromosómica XY y contra las recomendaciones de su familia y de los médicos. Los terapeutas se convencieron de la conveniencia de una reasignación del sexo ante el franco rechazo de este sujeto a llevar una vida de mujer, junto con un estado emocional mucho más satisfactorio al vivir como varón. El ajuste posquirúrgico fue excelente y, con ayuda de un tratamiento a base de testosterona, la persona “emergió” como un joven atractivo. A los 25 años se casó con una mujer, adoptó a los hijos de ella y asumió feliz su rol de marido y esposo. Esta historia tan extraordinaria la relata John Colapinto (2000) en su libro *As Nature Made Him: The Boy Who Was Raised as a Girl*.

El caso anterior ejemplifica la importancia decisiva de los estudios longitudinales de criaturas a quienes se reasigna el sexo. Se dio amplia difusión en la prensa a la fase del seguimiento correspondiente a la niñez temprana de esta persona —así como en los medios académicos—, como una prueba palpable de que, desde el punto de vista psicológico, la identidad de género es neutral al momento de nacer, ya que aún no recibe el influjo de las experiencias del aprendizaje social. Hoy, tras muchos años de predominio de esta idea, nos hemos percatado de cuán errónea puede ser. Hasta John Money, antes uno de sus principales partidarios, moderó su posición años después (Money, 1994b).

Estrategias de tratamiento para intersexuales: debate y controversias

Las personas que nacen con genitales externos ambiguos suelen ser vistas como un accidente biológico que es preciso reparar. John Money y sus colegas en la Johns Hopkins University fueron los precursores de un protocolo terapéutico diseñado para los intersexuales que se convirtió en el tratamiento de rigor a principios de la década de 1960 y que todavía persiste. En el protocolo se establece que un equipo de profesionales —previa consulta con los padres— elegirá qué género asignar al niño. Para reducir la posibilidad de futuros problemas de adaptación o la ambigüedad de género, los médicos suelen proporcionar tratamiento quirúrgico u hormonal. Money y sus colegas informaron que la mayoría de los intersexuales tratados con este protocolo se convierten en personas muy bien adaptadas; su identidad de género coincide con la forma en que son criados (Money, 1965; Money y Ehrhardt, 1972).

No obstante, se han planteado dudas respecto de los beneficios a largo plazo y lo ético de este protocolo de tratamiento (Dreger, 2003; Fausto-Sterling, 2000; Kessler, 1998). Milton Diamond, crítico directo de las estrategias de John Money, hizo un seguimiento a largo plazo de varios intersexuales que habían recibido el tratamiento del protocolo estándar. Descubrió que algunos de ellos mostraban serios problemas de adaptación que atribuían al “manejo” biosocial de sus problemas intersexuales (Diamond, 1997, 1998, 2004; Diamond y Sigmundson, 1997; Vilain, 2001).

La investigación de Diamond y sus colegas, así como el testimonio de aquellos que fueron perjudicados con el tratamiento del protocolo estándar, desencadenó una intensa discusión de lo que constituye la terapia adecuada para bebés intersexuales (Meyer-Bahlburg, 2005). Muchos especialistas siguen apoyando el protocolo de Money; aseguran que a los bebés intersexuales debería asignárseles sin equívocos un sexo a la edad más temprana posible, definitivamente antes de que aparezca la identidad de género en el segundo año de vida. Esto viene a apoyar la intervención quirúrgica, la hormonal o ambas para atenuar en lo posible la confusión de género. Otro punto de vista, defendido por Diamond y sus colegas, recomienda un enfoque en tres partes. En primer lugar, los profesionales de la atención médica deberían hacer una conjuntura bien fundamentada sobre la identidad que esos niños tendrán y aconsejar a los padres para que críen a la criatura con esa identidad. En segundo lugar, durante los primeros años del desarrollo no conviene practicar las cirugías que alteren los genitales (las cuales podrían ser revertidas más tarde). Y, en tercer lugar, se debería proporcionar una asesoría de calidad e información fidedigna tanto al niño como a sus padres para asegurarse de que más tarde tomen una decisión sensata sobre otros tratamientos complementarios como cirugía, terapia hormonal o ambas. Un distinguido grupo de investigadores intersexuales ha propuesto posponer la intervención hasta que el

A manera de corolario de este famoso caso de aplicación errónea del protocolo de la universidad Johns Hopkins, vamos a mencionar otro poco conocido cuyo resultado fue distinto. Se refiere a un niño cuyo pene se quemó durante una circuncisión. Fue criado como mujer desde la infancia, y entrevistado por profesionales a los 16 y 26 años. Aunque hombruna en la niñez y bisexual en la edad adulta, conserva la identidad sexual femenina, a diferencia del famoso ejemplo del gemelo idéntico que optó por una identidad masculina cuando era adulto (Bradley y colaboradores, 1998).

Otra investigación plantea dudas respecto de la práctica común de asignar el sexo por medios quirúrgicos a un niño con genitales externos ambiguos. Se refiere al desarrollo de 27 niños nacidos sin pene (trastorno llamado *extrofia cloacal*), pero que en lo demás eran varones con testículos, cromosomas y hormonas normales. A 25 de ellos se les reasignó el sexo mediante la castración practicada poco después de nacidos; sus padres los criaron como mujeres. Los 25 realizaban actividades de juego típicas de los hombres y con el tiempo 14 se declararon varones. Los dos niños a quienes no se reasignó el sexo y que por tanto fueron criados como varones lograron un mejor ajuste que los otros. Tales resultados llevaron a William Reiner, jefe de esta investigación, a la conclusión de que “con el tiempo y la edad los niños llegarán a conocer su género, sin importar la información y la crianza que reciban” (Reiner, 2000, p. 1).

Varios investigadores prominentes sostienen hoy que posiblemente sean erróneas las suposiciones referentes a la neutralidad genérica al nacer, así como la conveniencia de la reasignación de sexo en los niños. En



Pensamiento crítico

Suponga que usted es el responsable de un equipo médico que debe prescribir el mejor tratamiento posible para un bebé intersexual. ¿Le asignaría una identidad de género y efectuaría la cirugía o el tratamiento a base de hormonas correspondiente al género asignado? De ser así, ¿qué género elegiría y por qué? Si decidiera no asignarle un género, ¿qué estrategia de seguimiento o de manejo recomendaría durante los años de desarrollo del pequeño?

niño haya adquirido la identidad de género correspondiente (Caldwell, 2005).

La estrategia terapéutica de Diamond, lo mismo que el protocolo estándar, plantean importantes preguntas. ¿La cirugía con que se modifican los genitales y que se efectúa en bebés viola el derecho a dar una autorización con conocimiento de causa? ¿Si no se realiza la intervención tendrá problemas para funcionar bien en la escuela o en otros ámbitos donde los demás descubrirán la anomalía? ¿Algún día podría la sociedad superar la etapa del modelo bisexual para aceptar la legitimidad de un tercer estado, el intersexual, situado dentro de ese espectro?

En varios estudios de caso se ha descubierto a personas que se adaptan bien a la intersexualidad sin tratamiento alguno (Fausto-Sterling, 1993, 2000; Laurent, 1995). Más aún, en años recientes varios intersexuales a quienes se aplicó el protocolo estándar expresaron gran enojo por haber sido sometidos a una intervención médica durante la infancia (Goodrum, 2000; Looy y Bouma, 2005; Morris, 2003). De hecho, “muchos intersexuales, ahora adultos, exigen que a esos niños deje de vérselos como ‘bienes dañados’ que requieren arreglo” (Goodrum, 2000, p. 2).

Los activistas intersexuales, que han fundado multitud de organizaciones de defensa como Bodies Like Ourselves y la Intersex Society of North America (ISNA), aseguran

que los intersexuales son un ejemplo de variabilidad genital, no una anomalía genital. Esa organización pide un enfoque no intervencionista orientado a la criatura, para que no se le someta a una cirugía que altere los genitales; más tarde, él o ella decidirá si la acepta o no (Caldwell, 2005; Melby, 2002a; Nussbaum, 2000). Los activistas y muchos expertos en moral piensan que se viola la ética médica 1) cuando se practica la cirugía en bebés incapaces de dar una autorización informada; 2) cuando a los intersexuales se les niega el derecho de mantener esa identidad, y 3) cuando se aconseja a los padres a no darles información a sus hijos respecto de su situación.

También se ha denunciado un aspecto del tratamiento que antes pocos conocían. La cirugía puede reducir la capacidad para el placer sexual (Chase, 2003; Creighton y Liao, 2004; Morris, 2003). Por ejemplo, la reducción de un clítoris agrandado de una mujer androgenizada durante el periodo fetal disminuye a veces la sensación erótica, dificultando así el placer genital y la capacidad de tener un orgasmo (Minto, 2003; Morris, 2003).

Existen más preguntas que respuestas en torno a la estrategia terapéutica más adecuada para los niños intersexuales. Ello se debe principalmente a los pocos estudios sobre los resultados a largo plazo (Meyer-Bahlburg, 2005). Confiamos en que el tiempo y la investigación resuelvan el dilema algún día.

realidad, se ha ido acumulando la evidencia de que, no obstante el cuidado con que se críe como mujeres a hombres cromosómicos sometidos a reasignación de sexo, algunos —o quizá muchos de ellos— manifestarán una fuerte tendencia masculina durante los años de desarrollo, pudiendo incluso cambiar su sexo asignado al llegar a la pubertad (Colapinto, 2000; Diamond y Sigmundson, 1997; Reiner, 1997, 2000). Ante el interés por los beneficios y la ética de las prácticas terapéuticas que se aplican a los individuos intersexuales, han surgido vivas discusiones entre los investigadores y los médicos. Las resumimos en el recuadro titulado “Estrategias de tratamiento para intersexuales: debates y controversias”.

El modelo de interacción

Los científicos llevan décadas hablando de la importancia relativa de la herencia (factores biológicos) con respecto a la crianza (aprendizaje social y ambiente) en la conformación del desarrollo humano. En la actualidad se ha comprobado que la identidad de género es producto de ese binomio. La abrumadora evidencia no permite afirmar que los niños normales sean psicosexualmente neutrales al nacer. Hemos visto que poseen un sustrato biológico, todavía no conocido por completo, que los predispone a interactuar con el entorno social en forma masculina o femenina. Sin embargo, pocos investigadores piensan que la identidad de género se base en una estructura exclusivamente biológica. Existen demasiadas pruebas que apoyan la importante intervención de las experiencias en moldear la forma en que nos conceptualizamos: no sólo como varones o como mujeres, sino en todos los aspectos de nuestra relación con quienes nos rodean. En consecuencia, la mayoría de los teóricos

e investigadores son partidarios de un *modelo de interacción*, que reconoce el papel de la biología y la experiencia en la adquisición de la identidad de género (Golombok y Fivush, 1995; Looy y Bouma, 2005; Ridley, 2003). Confiamos en que al obtener más datos de investigaciones posteriores, especialmente de los análisis longitudinales a largo plazo, iremos conociendo mejor el impacto relativo de estos dos poderosos factores que intervienen tanto en la formación de la identidad de género como en la conducta relacionada con el rol de género.

► Transexualismo y transgenerismo

Hemos visto que la formación de la identidad de género es un complejo proceso influido por multitud de factores, sin que se garantice en absoluto la congruencia entre el sexo biológico y la identidad de género. También nos hemos percatado cada vez más de la gran diversidad de identidades y roles de género. Muchas personas caen dentro de una categoría variable de identidades. La comunidad de esos individuos, compuesta por *transexuales* y *transgéneros*, goza hoy de gran representatividad en la bibliografía profesional y en los medios masivos de comunicación.

El **transexual** es una persona cuya identidad de género es contraria a su sexo biológico (Cole y colaboradores, 1997). Se sentirá atrapado en un cuerpo del sexo “equivocado”, trastorno denominado **disforia de género**. Un transexual anatómicamente varón siente que es una mujer que, por un capricho del destino, está provista de genitales masculinos, pero desea que lo identifiquen como mujer en el trato social. Muchos transexuales se someten a procedimientos de reasignación de sexo: estudios exhaustivos, terapia hormonal y cirugía para modificar los genitales. Pero no todas las personas con disforia de género quieren una reasignación completa. Es posible que sólo deseen el cuerpo físico, el rol de género o la sexualidad del otro sexo. Muchas personas con disforia de género, la mayoría de los transexuales entre ellos, quieren esos tres aspectos, pero algunos se contentan con uno o dos (Carroll, 1999). Más aún, algunas personas transgénéricas que manifiestan conductas variables relacionadas con el rol de género muestran poca o nula disforia.

El término **transgénero** suele aplicarse a individuos cuyo aspecto, conducta o ambos no corresponden a los roles de género tradicionales. En otras palabras, “en cierto modo ‘transgreden’ las normas culturales de lo que ‘debiera ser’ un hombre o una mujer” (Goodrum, 2000, p. 1). Con frecuencia estas transgresiones consisten en travestismo, ya sea esporádico, ya sea de tiempo completo. Se les llama *travestis* a los no transexuales. En la actualidad el término se aplica con exclusividad a quienes usan la ropa del sexo opuesto para excitarse sexualmente (consúltese la explicación de *fetichismo travestita* en el capítulo 16). Los transgéneros que recurren al travestismo lo hacen para procurarse satisfacción psicosocial, no satisfacción sexual.

Algunos intersexuales que nacieron con una combinación de genitales externos masculinos y femeninos se consideran miembros de la comunidad transgénérica. Al grupo pertenecen los intersexuales que han recibido tratamiento quirúrgico, hormonal, o ambos para conseguir la congruencia entre su estructura sexual anatómica y su identidad de género (Goodrum, 2000).

La diferencia fundamental entre un transexual y un transgénero radica en que este último no quiere cambiar su cuerpo para conseguir una mejor adaptación entre sus expectativas personales y las de los roles sociales. El transexual, por su parte, se somete a veces a cirugía mayor con tal de que su cuerpo coincida con su identidad de género. En cambio, el transgénero no desea ninguna alteración anatómica, aunque de vez en cuando o con cierta frecuencia se vista y adopte los amaneramientos considerados del otro sexo. A lo largo de su vida, algunos transgéneros manifiestan conductas sexuales contrarias a las que la sociedad asigna a una persona de su sexo biológico (Bolin, 1997).

Transexual Persona cuya identidad de género es la opuesta de su sexo biológico.

Disforia de género Malestar que alguien siente por su sexo biológico o por su rol de género.

Transgénero Adjetivo que se aplica a individuos cuyo aspecto, conductas o ambas cosas no se ajustan a los roles de género tradicionales.



Palabras para consultar en InfoTrac

- Transexual
- Transgénero

Comunicación respetuosa con un transexual o transgénero

Alexander John Goodrum (2000) escribió un artículo muy revelador sobre el transexualismo y el transgenerismo, donde explica la manera de comunicarse o interactuar con quienes tienen otra conducta o identidad de género. He aquí un resumen de sus recomendaciones.

- Conviene referirse a ellos con un lenguaje apropiado. Si alguien se identifica como varón, diga *él*; si se identifica como mujer, diga *ella*. En caso de duda, pregunte cómo espera o quiere que lo llamemos. Y una vez que lo sepa, use uniformemente los términos. Si lo olvida y se equivoca de pronombre, haga la corrección de inmediato. La mayoría de los transexuales o transgéneros entenderán el error y apreciarán su esfuerzo por complacerlos.
- Sin autorización del interesado, nunca revele la identidad de género a nadie. Además, tampoco suponga que la gente la conoce. Muchos transgéneros o transexuales pasan inadvertidos, y los demás no se enterarán de su identidad sexual si no se la dicen. Claro que la decisión de comunicarla sólo depende del interesado; sería una falta de respeto si no se tomara en consideración su derecho.
- El sentido común y el buen gusto establecen lo siguiente: nunca preguntar a esas personas cómo es su anatomía genital ni cómo se relacionan sexualmente con otros.
- Una última recomendación: nunca suponga que alguien tiene una orientación homosexual, bisexual o heterosexual. Si esa persona cree conveniente dar esa información, sin duda lo hará sin que se lo pidan.

Identidad variable de género y orientación sexual

Muchos no entienden bien la diferencia entre identidad de género (especialmente la variable) y la orientación sexual. En términos generales, la identidad de género es lo que somos: el sentido subjetivo de ser hombre, mujer, o una combinación de ambos. La orientación sexual indica a cuál de los sexos nos sentimos atraídos, tanto en el aspecto psicológico como en el sexual (capítulo 9).

Antes de la reasignación de sexo, la mayoría de los transexuales se sienten atraídos por personas anatómicamente iguales que ellos, pero con diferente identidad de género. Así, un transexual con identidad sexual femenina se sentirá encerrado en el cuerpo de un hombre (y es probable que la sociedad lo identifique como varón) y tenderá a sentirse atraído por los hombres. Dicho de otra manera, tiene una orientación heterosexual basada en su autoidentificación como mujer. Si cede a sus impulsos eróticos antes de la reasignación de sexo, se le señalará falsamente como homosexual. Atendiendo a la orientación posquirúrgica, casi todos los transexuales de mujer a varón se sienten atraídos por mujeres, mientras que los transexuales de varón a mujer se sienten atraídos por personas de uno u otro sexo, aunque la mayoría prefiere a los hombres (Zhou y colaboradores, 1995). Conviene señalar que a quienes buscan la reasignación de sexo, los motiva principalmente el deseo de aliviar el conflicto de la identidad de género, más que mejorar su atractivo para la pareja deseada (Bockting, 2005).

Si bien los transexuales son heterosexuales en su mayoría, la comunidad transgénerica es más ecléctica, pues está integrada por homosexuales, lesbianas, bisexuales y heterosexuales (Goodrum, 2000).

Transexualismo: etiología, procedimientos y resultados de la reasignación de sexo

En la década de 1960 y a principios de la de 1970, cuando empezaron a realizarse los procedimientos médicos para modificar el sexo en Estados Unidos, aproximadamente tres de cada cuatro personas que los solicitaban eran varones biológicos que querían ser mujeres (Green, 1974). Aunque la mayoría de los profesionales de la salud piensa que el número de esos hombres sigue siendo mayor que el de las mujeres, las

estadísticas indican que la proporción se ha reducido de modo considerable (Landen y colaboradores, 1998; Olsson y Moller, 2003).

Gran parte de la bibliografía clínica se centra en las características, las causas (etiología) y el tratamiento del transexualismo. Ciertos factores están bien establecidos. Sabemos que la mayoría de los transexuales son individuos normales desde el punto de vista biológico, con órganos sexuales sanos, estructuras reproductoras internas intactas y el complemento normal de cromosomas XX o XY (Meyer-Bahlburg, 2005). Por lo demás, el transexualismo suele ser una condición aislada, no parte de una psicopatología general como la esquizofrenia o una depresión grave (Cohen-Kettenis y Gooren, 1999). No sabemos a ciencia cierta a qué obedece el rechazo de estas personas a su anatomía.

Muchos transexuales empiezan a sentirse incómodos con su anatomía genital durante la niñez temprana; algunos recuerdan haberse identificado firmemente con las características del otro sexo desde los cinco, seis o siete años de edad. En algunos casos la incomodidad se atenúa un poco al imaginar que se pertenece al otro sexo, pero con el tiempo, muchas veces se va más allá y se llega al travestismo. En un menor número de casos, posiblemente no se logre una sólida identidad con el otro sexo antes de la adolescencia o la edad adulta.

No se conoce con exactitud la etiología del transexualismo. Además, tampoco hay acuerdo respecto de las estrategias clínicas más adecuadas para tratarlo. Teniendo presente esto, vamos a sintetizar la escasa información referente a esta variante de la identidad de género tan poco frecuente.

Etiología

Muchas teorías han tratado de explicar el transexualismo, pero la evidencia disponible no permite obtener alguna conclusión (Cole y colaboradores, 2000; Money, 1994a). En opinión de algunos autores, los factores biológicos cumplen una función decisiva. Una teoría propone que la exposición prenatal a cantidades inadecuadas de hormonas del otro sexo origina una diferenciación inapropiada del cerebro (Dessens y colaboradores, 1999; Zhou y colaboradores, 1995). Existe evidencia de que la diferenciación sexual cerebral y la de los genitales no sigue una secuencia armoniosa (Krujiver y colaboradores, 2000; Meyer-Bahlburg, 2005). También se ha señalado que el transexualismo quizá sea inducido por niveles anormales de las hormonas sexuales del adulto. Sin embargo, contradicen esta explicación las numerosas indicaciones de que los niveles son normales en los transexuales adultos (Meyer y colaboradores, 1986; Zhou y colaboradores, 1995).

Otra teoría, respaldada por algunas pruebas, sostiene que las experiencias del aprendizaje social contribuyen de modo considerable al desarrollo del transexualismo. Un niño puede estar expuesto a varias experiencias de condicionamiento que lo alientan a comportarse en una forma tradicionalmente atribuida al otro sexo (Bradley y Zucker, 1997; Cohen-Kettenis y Gooren, 1999). A veces esas conductas son tan premiadas que resulta difícil o hasta imposible adquirir la identidad de género apropiada.

Opciones para los transexuales

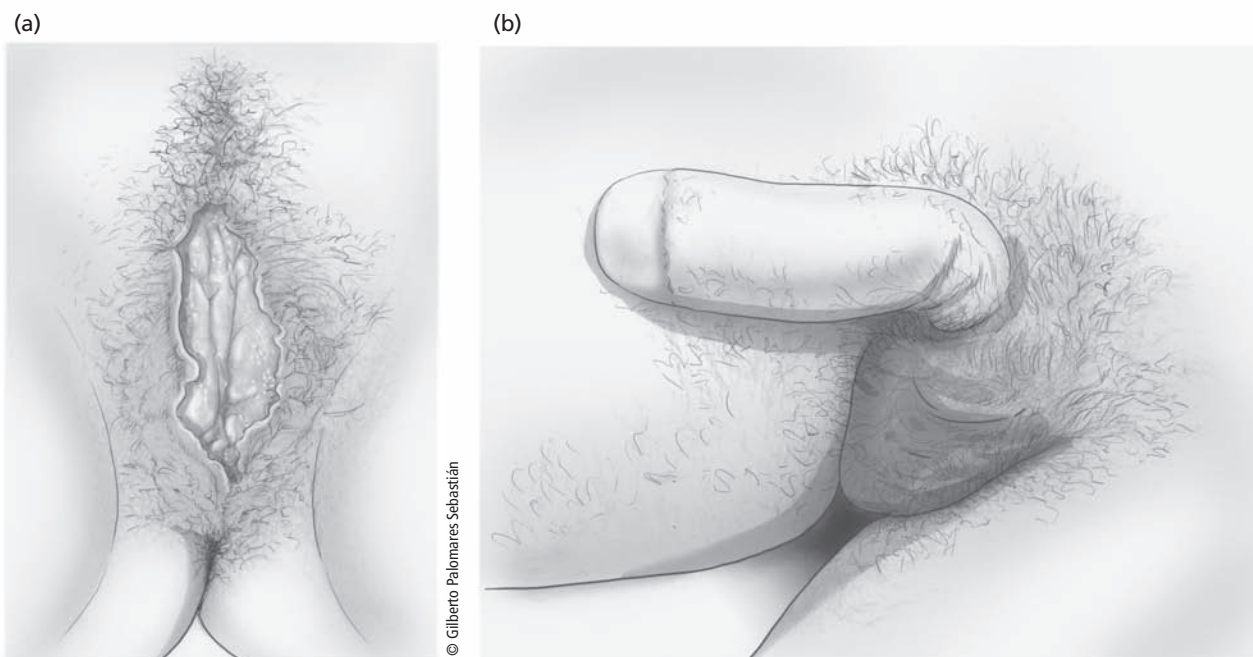
La psiquiatría tradicional ha considerado sólo dos soluciones para superar la disforia de los transexuales: cambiar la identidad de género para que coincida con el cuerpo o cambiar el cuerpo para que coincida con la identidad de género (Carroll, 1999). Por supuesto, existen otras opciones, y la evidencia clínica revela que algunos transexuales preoperatorios han descubierto que para su salud mental quizá baste expresarse en actividades como el travestismo (Carroll, 1999). Sin embargo, en la generalidad de los casos la psicoterapia, sin las correspondientes modificaciones biológicas, ha demostrado la incapacidad de ayudarles a adaptarse a su cuerpo y a su identidad de género. En tales casos la mejor decisión podría consistir en modificar el cuerpo para armonizarlo con la mente mediante la alteración quirúrgica y hormonal de la anatomía de los genitales y de la fisiología del cuerpo. Con todo, la alteración médica no es una solución sencilla, pues es lenta y costosa.

Procedimientos para la reasignación del sexo

En el primer paso se efectúan entrevistas muy completas para seleccionar a los candidatos; en ellas se evalúan con meticulosidad sus motivos. Se niega la alteración quirúrgica a los individuos con verdaderos conflictos y confusión respecto de su identidad de género. A los que muestran una incongruencia aparentemente genuina entre la identidad de género y su sexo biológico se les recomienda adoptar un estilo de vida congruente con ella (estilo de vestir y patrones de comportamiento, por ejemplo). Si al cabo de meses, un año o más tiempo, han logrado adaptarse a dicho estilo, el siguiente paso es administrar una terapia hormonal, proceso diseñado para acentuar los rasgos latentes del sexo deseado. De este modo, a los varones que desean convertirse en mujeres se les prescriben fármacos que inhiben la producción de testosterona junto con dosis de estrógeno que hacen crecer los senos, suavizan la piel, disminuyen el vello facial y corporal y ayudan también a feminizar los contornos del cuerpo. Disminuye la fuerza muscular, lo mismo que el interés sexual, pero sin que se altere el tono de voz. A las mujeres que desean convertirse en hombres se les administra testosterona, que impulsa el crecimiento del cuerpo y el vello facial; produce una voz más ronca y una ligera reducción del tamaño de los senos. La testosterona también suprime la menstruación. La mayoría de los profesionales de la salud que aplican procedimientos de cambio de sexo exigen al candidato vivir por lo menos un año como miembro del otro sexo mientras recibe terapia hormonal antes de la cirugía. En cualquier momento de esta fase es posible invertir el procedimiento, aunque pocos transexuales eligen esa opción.

El último paso del cambio de sexo es la cirugía (📍 **figura 3.6**). Es un procedimiento muy eficaz para los hombres que desean convertirse en mujeres. Se seccionan el escroto y el pene, y se crea una vagina reconstruyendo el tejido pélvico (figura 3.6a). Durante la intervención se tiene mucho cuidado de conservar los nervios sensoriales de la piel del pene; este tejido tan sensible se reubica en el interior de la vagina recién creada. El coito es posible aunque quizá haya que utilizar lubricante; muchos transexuales aseguran que después de la cirugía experimentan excitación sexual y orgasmo (Lawrence, 2005; Schroder y Carroll, 1999). Con el tratamiento hormonal se puede lograr suficiente desarrollo de los senos, pero algunos reciben además implantes. El vello corporal y facial, que disminuye con las hormonas, puede eliminarse aun más mediante electrólisis. Por último, si se desea puede efectuarse otra intervención para agudizar el tono de voz en los transexuales de varón a mujer (Brown y colaboradores, 2000).

📍 **Figura 3.6** Genitales tras una cirugía de cambio de sexo: (a) la de cambio de varón a mujer suele ser más eficaz que (b) la de



A una mujer biológica que desee convertirse en varón suelen extirpársele los senos, el útero y los ovarios, y se le cierra la vagina. Es mucho más difícil construir un pene que una vagina. Por lo regular el pene se crea con piel del abdomen o con tejido de los labios y del perineo (figura 3.6b). Este órgano reconstruido no logra una erección natural ante la excitación sexual, pero se dispone de otras opciones que proporcionan un pene rígido para el coito. Una consiste en crear un tubo pequeño y hueco revestido de piel en el interior del cuerpo del pene, donde puede introducirse un bastoncito rígido de silicón. Otra opción es implantar un dispositivo inflable, que describiremos en el capítulo 14. A veces se producen sensaciones eróticas y orgasmo si el tejido sensible extraído del clítoris se deja en la base del pene creado quirúrgicamente (Lief y Hubschman, 1993).

Resultados de la reasignación del sexo

Numerosas investigaciones dedicadas a este tema ofrecen motivos para ver con optimismo el éxito de los procedimientos. El hallazgo más constante es que la mayoría de quienes se someten a la intervención comprueba una importante mejoría en su adaptación global a la vida (Campo y colaboradores, 2003; De Cuypere y colaboradores, 2005; Lawrence, 2003).

► Roles de género

Hemos visto que el aprendizaje social es un factor decisivo en la formación de la identidad de género en los primeros años de vida; incluso los niños de dos o tres años no dudan de que son hombres o mujeres. Esta influencia persiste a lo largo de la vida mediante los *roles de género* (o *roles sexuales*), es decir, conductas que se juzgan apropiadas y normales para hombres y mujeres en una sociedad.

La asignación de roles de género culmina espontáneamente en suposiciones concernientes al comportamiento de la gente. Por ejemplo, la sociedad norteamericana espera que los hombres sean independientes y agresivos, y que las mujeres sean dependientes y sumisas. Una vez aceptadas por muchas personas, empezarán a funcionar como estereotipos. El **estereotipo** es la idea generalizada de cómo es alguien con base en su sexo, raza, religión, origen étnico u otras categorías similares. Los estereotipos prescinden de la individualidad.

Nuestra sociedad acepta muchos estereotipos comunes que se basan en el género. Según algunas de las opiniones predominantes acerca de los varones, se les considera agresivos (o asertivos por lo menos), sensatos, poco emotivos, independientes, dominantes, competitivos, atléticos, activos y competentes sobre todo. Por el contrario, a las mujeres se les considera no asertivas, insensatas, emotivas, sumisas, afectuosas y cariñosas.

No todos aceptan los roles de género estereotipados, y estamos presenciando una tendencia a alejarse de una adherencia estricta a ellos, sobre todo entre los jóvenes (Ben-David y Schneider, 2005; Menvielle, 2004). La investigación indica que las mujeres se aferran menos a los estereotipos de roles de género y que están más propensas a adoptar posiciones de igualdad con los hombres (Ben-David y Schneider, 2005). A pesar de esos cambios positivos en la cultura norteamericana, todavía subsisten en ella

los roles de género estereotipados (Hyde, 2004; Rider, 2000). En efecto, muchos se sienten cómodos desempeñando un rol tradicionalmente masculino o femenino. Nosotros no queremos de ninguna manera despreciar ni cuestionar la legitimidad de ese estilo de vida; más bien nos interesa averiguar por qué los roles de género predominan tanto en la sociedad, tema que abordaremos en el siguiente apartado.

Estereotipo Concepto generalizado de lo que es un individuo con base en su raza, sexo, religión, origen étnico u otros criterios similares.



Palabras para consultar en InfoTrac

- Estereotipo sexual
- Rol de género

¿Cómo aprendemos los roles de género?

El lector habrá escuchado seguramente el argumento de que las diferencias de conducta entre hombres y mujeres tienen un origen biológico, por lo menos en cierta medida. Los varones no pueden dar a luz ni amamantar hijos. Asimismo, las diferencias biológicas de las hormonas, la masa muscular, la estructura y el funcionamiento del cerebro pueden repercutir en algunos aspectos de la conducta. Pese a ello, la mayoría de los teóricos atribuye los roles de género principalmente a la **socialización**, o sea al proceso por el cual aprendemos y adoptamos las expectativas de la sociedad concernientes a la conducta. En el recuadro anexo (Sexualidad y diversidad) veremos cómo los grupos culturales y étnicos en el seno de una sociedad mantienen diversas expectativas sobre la conducta de hombres y mujeres.

Socialización Proceso por el cual la sociedad transmite sus expectativas de conducta al individuo.

SEXUALIDAD Y DIVERSIDAD

Variantes étnicas de los roles de género

A lo largo del libro nos hemos concentrado en las suposiciones que predominan en la población más numerosa: los norteamericanos de ascendencia europea. Ahora examinaremos brevemente los roles de género de otros tres grupos étnicos: hispanos, afroamericanos y norteamericanos de origen asiático.

Los roles de género tradicionales de los hispanos se expresan en los estereotipos culturales del *marianismo* y el *machismo*. El primero proviene de la idea de la Iglesia católica según la cual las mujeres han de ser puras y generosas como la Virgen María. Les asigna el rol fundamental de madres fieles, virtuosas, pasivas y subordinadas al marido; son el principal guardián de la familia y de la tradición (McNeill y colaboradores, 2001; Raffaelli y Ontai, 2004; Reid y Bing, 2000). El machismo proyecta una imagen del hispano como un individuo fuerte, independiente, viril y dominante: el jefe y el que toma las decisiones de la familia (McNeill y colaboradores, 2001; Raffaelli y Ontai, 2004; Torres, 1998). También significa la aceptación de ser sexualmente agresivo y buscar conquistas fuera del matrimonio. Así, la cultura hispana ofrece a menudo una doble moral: la esposa debe permanecer fiel a un hombre mientras que al marido se le permiten amoríos (McNeill y colaboradores, 2001). La doble moral se origina en la socialización impartida en la niñez: a los niños se les alienta para que sean atrevidos en el aspecto sexual, a las mujeres para que sean virtuosas y vírgenes (Raffaelli y Ontai, 2004).

Desde luego el marianismo y el machismo son simples estereotipos; muchos hispanos no aceptan esas suposiciones referentes a los roles de género (Vasquez, 1994). Además, la asimilación, la urbanización y la movilidad ascendente de este sector de la población se combinan para atenuar el impacto de los estereotipos, al ir reduciendo las inequidades genéricas (McNeil y colaboradores, 2001; Sanchez, 1997).

En un segundo grupo étnico, el de los afroamericanos, la mujer desempeña un rol central en la familia que tiende a distinguirla del modelo nuclear formado por madre, padre e hijos (Bulcroft y colaboradores, 1996; Greene, 1994; Reid y Bing, 2000). Las mujeres africanas han sido siempre un baluarte en su comunidad desde la época de la esclavitud. Como entonces no podían depender económicamente de los hombres, éstos rara vez asumían un rol dominante en la familia. Eso explica, en parte, por qué las relaciones entre ambos tendían a ser más igualitarias en lo social y económico que entre otros grupos; por ejemplo, los de raza blanca (Blee y Tickamyer, 1995; Bulcroft y colaboradores, 1996). La ausencia de la dependencia económica también explica por qué tantas familias están encabezadas por mujeres que definen su propia condición.

Otro factor es la alta tasa de desempleo entre los varones afroamericanos: más del doble que la de los blancos (Bureau of Labor Statistics, 2005). Sin duda,

la cruda realidad del desempleo y el sistema de bienestar social contribuyen a que algunos de ellos no se casen y se ausenten del hogar. En consecuencia, las afroamericanas a menudo realizan conductas de roles sociales que reflejan una inversión de los patrones tradicionales de la población blanca.

Un tercer grupo minoritario, el de los norteamericanos de ascendiente asiático, representa gran diversidad tanto por su legado cultural como por su país de origen (China, Filipinas, Japón, India, Corea, Vietnam, Camboya, Tailandia, etc.). Todos ellos suelen valorar más la familia, la solidaridad del grupo y la interdependencia que los norteamericanos de raza blanca (Bradshaw, 1994; Okazaki, 2002). A semejanza de los hispanos, las mujeres anteponen las obligaciones familiares a sus aspiraciones individuales (Pyke y Johnson, 2003). Por eso, aunque son más las mujeres asiáticas que de otros grupos étnicos las que trabajan fuera de casa, durante toda la vida apoyan a los parientes y subordinan sus necesidades a las de su familia (Bradshaw, 1994; Cole, 1992). De ahí que las orientadas al logro queden atrapadas en un dilema: los valores norteamericanos de la individualidad e independencia y los roles de género de la cultura asiática.

Aunque no existe un patrón típico, las culturas asiáticas tienden todavía a permitir mayor libertad sexual al hombre, al mismo tiempo que perpetúan la suposición de su dominio (Ishii-Kuntz, 1997a, 1997b; Pike y Johnson, 2003). Sin embargo, la cultura asiática promueve un nivel más alto de conservadurismo sexual en ambos sexos que el resto de los grupos étnicos, incluyendo a los blancos (Okazaki, 2002).

Como se aprecia en el recuadro, tanto el aprendizaje como las tradiciones culturales influyen en las conductas de los estadounidenses relacionadas con los roles de género. ¿Cómo transmite esas expectativas una sociedad? En las secciones siguientes examinaremos cinco agentes de la socialización: padres de familia, compañeros, escuela, televisión y religión.

Los padres de familia como formadores de los roles sexuales

Para muchos sociólogos, los padres de familia son agentes influyentes de la socialización en los roles de género (Iervolino y colaboradores, 2005; Kane, 2006; Leaper y colaboradores, 1998). En los primeros años de vida de la criatura, los progenitores son el modelo de lo que significa ser hombre o mujer (Witt, 1997). Como señalamos en páginas anteriores al hablar de la formación de la identidad de género, a menudo los padres tienen distintas expectativas para hijos e hijas, que luego manifiestan en su interacción con ellos. En términos generales, tienden a ser más protectores y restrictivos con las bebés, e intervienen menos con los chicos y les dejan mayor libertad (Skolnick, 1992). Más aún, la investigación revela que alientan más a los hijos que a las hijas a que realicen conductas asertivas y a que controlen o limiten la expresión de las emociones. En cambio, estimulan más a las hijas para que expresen conductas de responsabilidad social (Block, 1983; Leaper y colaboradores, 1998).

Aunque un número creciente de padres de familia empieza a percatarse de los efectos de los juguetes en la identidad de género de sus hijos, muchos siguen animándolos para que los usen como preparación a determinados roles de género del adulto. A sus hijas les regalan muñecas, juegos de té y hornos en miniatura; a los niños, camiones, carros, pelotas y armas de juguete. A menudo regañan a los hijos que se divierten con juguetes considerados apropiados sólo para el otro sexo. Como los niños son sensibles a semejantes expresiones de molestia, aprenden a preferir aquellos acordes con las expectativas de los roles de género de sus padres.

El hecho de que en la niñez se adquieren preferencias significativas por ciertos juguetes —que se manifiestan entre los dos y tres años— es algo bien sabido, sin que sea un tema de discusión entre los científicos sociales (Iervolino y colaboradores,

2005; Tavris, 2005). Pero sí hay opiniones encontradas en lo tocante a las causas. Muchos autores, entre quienes nos contamos nosotros, están convencidos de que el aprendizaje social influye profundamente en la selección de los juguetes. La *psicología evolutiva* es una disciplina incipiente que aporta otro enfoque: muchas de las conductas, incluso algunas que parecen ser un producto exclusivo del aprendizaje social, han sido moldeadas durante un largo periodo de evolución biológica. Este proceso ha favorecido la selección de genes, y al predisponer a ciertas conductas sexuales, favorece la supervivencia y la reproducción de la especie (Bjorklund y Pellegrini, 2000).

Gerianne Alexander (2003) propuso un enfoque evolutivo sobre el origen de las preferencias sexualmente estereotipadas hacia los juguetes. En síntesis, las preferencias de los varones por juguetes “masculinos” como camiones y pelotas —que pueden usar activamente y observar mientras se desplazan en el espacio— reflejarían el valor adaptativo de aprender habilidades espaciales útiles en destrezas de supervivencia: por ejemplo, cazar y matar animales silvestres para obtener comida. De modo análogo, las preferencias de las chicas por juguetes “femeninos” como las muñecas, quizá se deban al beneficio adaptativo de aprender las conductas adecuadas a su rol de género que más tarde las ayudarán a criar y a cuidar a los hijos. Desde este punto de vista evolutivo, el nexo entre la preferencia por determinados juguetes y las conductas relacionadas con los roles de género provendría de las funciones sociales de la mujer y el hombre primitivos; “las preferencias por algunos objetos como los juguetes denotarían una preparación biológica para desempeñar los roles de género ‘masculinos’ o ‘femeninos’” (G. Alexander, 2003, p. 7).

Aunque un número cada día mayor de padres de familia procura no enseñar a sus hijos estereotipos de género, muchos siguen alentándolos para que realicen juegos y labores domésticos de ese tipo (Lytton y Romney, 1991; Menvielle, 2004). Aun cuando se esfuercen por no transmitírselos, algunas conductas parecen tan espontáneas que ocurren de un modo inconsciente. Así, un padre invitará a su hijo a jugar fútbol, a cambiar el aceite del automóvil de la familia o a cortar el pasto; a la niña sus padres le recordarán frecuentemente que mantenga ordenada su habitación o que ayude a preparar la comida. Ese tratamiento diferencial guía a los niños a asumir roles específicos y distintos en la edad adulta (Fisher-Thompson, 1990).

Las prácticas tradicionales de la crianza de los niños contribuyen a establecer los roles masculino o femenino estereotipados.



© Stephen Simpson/Getty Images



© Ian Shaw/Getty Images



© Tom Rosenthal/SuperStock

Un aspecto de la estructura del grupo de pares o iguales entre niños norteamericanos que contribuye a perpetuar los roles de género tradicionales, es la tendencia a escoger generalmente compañeros de juego del mismo sexo.

El grupo de los pares

Es el segundo factor importante de la socialización en los roles de género (Fagot, 1995). Un elemento influyente que comienza a temprana edad es la separación voluntaria de los sexos (Maccoby, 1988, 1990, 1998; Powlishta y colaboradores, 1993). Comienza en el periodo preescolar, y para el primer grado los niños ya escogen a miembros de su sexo como compañeros de juego en 95% de las veces (Maccoby, 1998; Maccoby y Jacklin, 1987). La separación de los sexos, que continúa en los años escolares, favorece los estereotipos sexuales en las actividades lúdicas que preparan al niño para asumir los roles de género de adulto (Moller y colaboradores, 1992). Las mujeres juegan juntas con muñecas y servicios de té; los hombres prefieren las competencias deportivas y se divierten con pistolas de juguete. Ese tipo de influencias facilita

la socialización de la mujer, que tiende a ser cariñosa y no asertiva, mientras que los varones se acostumbran a la competencia y la asertividad.

La influencia de los pares o iguales cobra mayor fuerza ya bien entradas la niñez y la adolescencia (Doyle y Paludi, 1991; Hyde, 2004). A esa edad los niños ven la conformidad como algo importante, y la aceptación de los roles de género tradicionales facilita la aceptación social de sus compañeros (Absi-Semaan y colaboradores, 1993; Moller y colaboradores, 1992). A quienes no se comportan en una forma apropiada a su sexo se les presiona por medio del ostracismo o el ridículo.

Escuela, libros de texto y roles de género

La investigación indica que en el aula se da un trato completamente distinto a mujeres y hombres, lo cual ejerce una gran influencia sobre la socialización en los roles de género (AAUW, 1992; Duffy y colaboradores, 2001; Eccles y colaboradores, 1999; Kantrowitz, 1992; Keller, 2002; Sadker y Sadker, 1994). He aquí algunos de los resultados obtenidos:

- Los profesores atienden y alientan más a los hombres que a las mujeres.
- Generalmente no se castiga a los hombres que dan una respuesta sin que se les haya preguntado; a las mujeres se les regaña por la misma conducta.
- Los profesores de primaria toleran más una conducta incorrecta de los alumnos que de las alumnas.
- Los hombres tienen mayores probabilidades de recibir atención, ayuda y elogio de sus profesores.
- Los profesores prestan más atención a las mujeres que se comportan en una forma dependiente, pero son más condescendientes con los hombres que adoptan una conducta independiente o agresiva.
- Las chicas a menudo pierden confianza en sus destrezas matemáticas y científicas en la secundaria.

Por fortuna, las escuelas de Estados Unidos han empezado a tomar medidas para no perpetuar los roles de género estereotipados (Meyerhoff, 2004). Gracias al ingreso de maestros jóvenes que pertenecen a una generación más consciente del género ha sido posible esta transformación gradual en el ambiente escolar. Uno de los ejemplos más notables del cambio es un esfuerzo concertado de las escuelas del país por garantizar igualdad de oportunidades educativas a ambos sexos en matemáticas y ciencias, así como por crear un ambiente donde hombres y mujeres se sientan estimulados para participar en ambas materias.

Los libros de texto también perpetúan los estereotipos de los roles de género. A principios de la década de 1970, en dos grandes investigaciones las mujeres eran

representadas como dependientes, carentes de ambición y no muy exitosas o inteligentes; a los hombres en cambio se les describía con los rasgos contrarios (Saario y colaboradores, 1973; *Women on Words and Images*, 1972). A principios de la década de 1980, los hombres desempeñaban los roles dominantes en dos de cada tres historias en los libros de lectura. Un avance innegable si se recuerda que la proporción era de cuatro de cada cinco historias a comienzos de la década de 1970 (Britton y Lumpkin, 1984). Durante el decenio de 1990 y los primeros años del siglo xxi, los editores de libros de texto continuaron mejorando muchísimo sus intentos por evitar los estereotipos de género. Sin embargo, igual que la cultura que encarnan, los libros todavía conservan roles de género estereotipados.

La televisión y los estereotipos de los roles de género

La televisión es otro poderoso agente de la socialización en los roles de género. La descripción de hombres y mujeres en las telenovelas es a menudo descaradamente estereotipada. Los hombres aparecen más a menudo que las mujeres como personas activas, inteligentes, amantes de la aventura y asumiendo puestos de liderazgo. Por fortuna, tales estereotipos empiezan a disminuir gracias a un número creciente de series televisivas como *Commander in Chief*, *ER*, *The West Wing* y *Bones*, cuyos personajes son mujeres multidimensionales y competentes. Pese a ello, los programas estelares siguen siendo un medio dominado por los varones. En los noticiarios y en los programas de entrevistas políticas, los hombres tienen mayor presencia como fuentes confiables en la mayor parte de los temas. En un análisis reciente de los programas matutinos de índole política efectuado por la National Organization for Women (2006) se descubrió lo siguiente: las mujeres están subrepresentadas como expertas en varios temas (apenas 11% de las invitadas eran de sexo femenino).

Los comerciales de televisión tienden a consolidar los estereotipos. Los que se dirigen a menores de edad asignan a chicos y chicas roles estereotipados (Pike y Jennings, 2005). En los comerciales de productos no caseros destinados a consumidores adultos, el hombre tiende más que la mujer a ser representado como una fuente confiable de información (Furnham y Mak, 1999). Pero ha ocurrido un cambio significativo en los comerciales que anuncian productos para el hogar. Cuando los hombres aparecen en ellos, se les representa a menudo como muy incompetentes (Berkowitz, 2006). Y cuando se incluye a hombres en esos anuncios, se acostumbra presentar a los padres con defectos de habla en las comedias, donde se proyecta una imagen más negativa de ellos que de las madres (Tierney, 2005). Este cambio tan drástico puede atribuirse al hecho de que “cuatro de cada cinco telespectadores de las comedias son mujeres y claro que les gusta ver que mamá es más inteligente que papá” (Tierney, 2005, p. 1).

No nos equivocamos al suponer que los estereotipos sexuales de los programas de televisión influyen como agentes socializadores, puesto que la mayoría de los niños norteamericanos pasan diariamente horas frente al aparato. Afortunadamente, la industria televisiva ha ido atenuando poco a poco los prejuicios de género en su programación, en parte por la influencia de grupos defensores del público que han trabajado sin descanso para disminuir los estereotipos tradicionales de los roles de hombres y mujeres.

La religión y los roles de género

La religión institucional incide de manera importante en la vida de muchos estadounidenses. Pese a las diferencias doctrinales, se observa una tendencia común en sus ideas respecto de los roles de género (Eitzen y Zinn, 2000). Los niños a quienes se imparte instrucción religiosa suelen ser socializados para que acepten ciertos estereotipos de género, y los creyentes propenden a aceptarlos (Basow, 1992; Robinson y colaboradores, 2004). En las tradiciones judía, cristiana e islámica esos estereotipos recalcan la supremacía del varón: a Dios se le presenta como hombre con palabras como *Padre*, *Él* o *Rey*. La creencia de que Eva fue creada con una costilla de Adán refleja con toda claridad la aprobación de género de que la mujer debe ocupar un lugar secundario al del hombre.



El número de mujeres distinguidas como sacerdotisas ha venido aumentando en gran medida.

La integración del liderazgo en la mayoría de las organizaciones religiosas de Estados Unidos constituye una prueba más del dominio masculino y de la restricción impuesta a los roles de género de la mujer. Antes de 1970, a ninguna se le había concedido ser sacerdotisa en la iglesia protestante estadounidense. En 1972 se incluyó a la primera rabin, pero en la Iglesia católica el sacerdocio está vedado a las mujeres.

Han surgido movimientos para modificar la naturaleza patriarcal de las instituciones religiosas en Estados Unidos, como se demuestra en varias tendencias recientes. En 2006 Katherine Jefferts Schori fue elegida obispa primada de la iglesia episcopal, la primera mujer en encabezar la comunión anglicana a nivel mundial (Banerjee, 2006). La asistencia femenina a seminarios y a escuelas de teología creció de un modo impresionante; el número de mujeres ordenadas en las iglesias protestantes se ha duplicado con creces, y lo mismo sucede con el número de rabinas (Eitzen y Zinn, 1994; Renzetti y Curran, 1992; Ribadeneira, 1998). Asimismo, se realizan esfuerzos por aminorar el lenguaje sexista en los rituales y en las obras de temas religiosos (Gorski, 2002).

En conclusión, la familia, los amigos, la escuela, los libros de texto, la televisión (y otros medios como películas, revistas y música popular) y la religión frecuentemente contribuyen a crear y reforzar las suposiciones referentes a los roles de género y conductas en nuestra vida. En cierto modo nos afecta el condicionamiento de los roles de género, y podríamos explayarnos en cómo ese proceso desalienta la realización personal. Pero este libro trata de la sexualidad humana, así que en la siguiente sección abordaremos el impacto que el condicionamiento de los roles de género tiene en este aspecto de nuestra existencia.

Expectativas de los roles de género: su impacto en nuestra sexualidad

Estas expectativas ejercen una profunda influencia sobre nuestra sexualidad. Nuestras ideas referentes a hombres y mujeres, lo mismo que nuestras suposiciones en torno a lo que constituye una conducta apropiada para unos y otras, afectan muchos aspectos de la experiencia sexual. Nuestras autoevaluaciones como seres sexuados, las expectativas que tenemos referentes a las relaciones íntimas, nuestra percepción de la calidad de tales experiencias y la respuesta de los otros ante nuestra sexualidad son significativamente influenciadas por nuestra identificación como hombres o mujeres.

En las siguientes páginas vamos a analizar algunas suposiciones acerca de nuestros roles de género y sus posibles efectos en las relaciones entre los sexos. Tales suposiciones no sólo limitan a las parejas heterosexuales. Afectan a todos los individuos, cualquiera que sea su orientación sexual, aunque las parejas homosexuales se verán afectadas en una forma un poco distinta.

Las mujeres como seres asexuales, los hombres como seres hipersexuales

Una idea errónea muy arraigada en muchas sociedades del mundo occidental es que la mujer siente menos inclinación sexual que los hombres. A semejantes estereotipos se debe que durante años haya sido sometida a una socialización negativa durante la cual fue educada para suprimir o negar sus sentimientos sexuales naturales. Esas ideas siguen teniendo repercusión en muchas mujeres, aunque la situación empieza a cambiar a medida que se eliminan algunas restricciones tras largas generaciones

de socialización. ¿Cómo puede una mujer expresar interés en ser sexual o en buscar el placer personal si piensa que no debería tener ese tipo de necesidades? Algunas, convencidas de que no es apropiado excitarse fácilmente, encauzan su energía para bloquear u ocultar esos impulsos normales.

A los varones les perjudica que los califiquen de hipersexuales. Si alguien no experimenta una excitación inmediata ante una persona que le parezca atractiva, accesible o ambas cosas, se sentirá un tanto incompetente. Después de todo, ¿acaso los hombres no deben aprovechar de inmediato una oportunidad sexual cuando se les presente? En nuestra opinión, eso resulta denigrante y convierte al hombre en una máquina insensible capaz de responder automáticamente cuando se oprime el botón correcto. Nuestros alumnos expresan frustración y ambivalencia ante ello, como se advierte en la siguiente cita:

Cuando salgo con una mujer por primera vez, a menudo no sé cómo manejar lo relacionado con el sexo. Siento la presión de realizar un avance sexual, aun cuando no esté inclinado a hacerlo. ¿No es eso acaso lo que esperan las mujeres? Si ni siquiera lo intento, pensará que algo anda mal conmigo. Casi me siento obligado a dar una explicación en caso de mostrar poco interés por tener sexo. Resulta más fácil realizar un avance y luego dejar que ellas decidan. (Archivos de los autores.)

Sin duda este joven cree que buscar el sexo forma parte de su rol masculino, a pesar de que no lo desee. El estereotipo de los varones como iniciadores del sexo al establecer una relación, causa estrés tanto a mujeres como a hombres, como veremos en la siguiente sección.

Los hombres como iniciadores, las mujeres como receptoras

En la sociedad moderna los roles de género tradicionales crean la expectativa de que el varón inicia las relaciones íntimas (desde una invitación a salir de noche hasta la primera insinuación sexual) y de que la mujer la aceptará o rechazará (Sworikin y O'Sullivan, 2005). Según se aprecia en el siguiente comentario, eso puede terminar agobiándolo y presionándolo:

Las mujeres deberían darse cuenta de cuánta ansiedad provoca eso. Me canso de ser siempre el que hace la sugerencia por la posibilidad de que me rechacen. (Archivos de los autores.)

Si una mujer se siente obligada a aceptar un rol pasivo, no le será fácil iniciar la actividad sexual. Y le será aún más difícil asumir un rol activo durante la práctica erótica. A muchas las frustra, las entristece y enoja el hecho de que las expectativas culturales estén tan profundamente arraigadas en la sociedad. Todo ello se refleja en los siguientes comentarios:

Me gusta invitar a los hombres a salir y con frecuencia lo hago. Pero me frustra que muchos supongan de inmediato que quiero irme a la cama sólo por haber tomado la iniciativa de invitarlos. (Archivos de los autores.)

Para mí es difícil decirle a mi compañero lo que me gustaría durante una relación íntima. Después de todo, ¿no se supone que él debe saberlo? Si se lo digo, es como si usurpara su rol de conocedor de todo. (Archivos de los autores.)

Las mujeres como controladoras, los hombres como incitadores

Muchas mujeres crecen con la idea de que el hombre piensa siempre en el sexo. Entonces será natural para ellas el siguiente paso: controlar lo que ocurra durante la interacción sexual. Ello no significa que inicien ciertas actividades propias del varón, el incitador. Por el contrario, se aseguran únicamente de refrenar la *lujuria desbocada* de su pareja al cerciorarse de que no las obligue a cosas inaceptables. Así, en vez de disfrutar que les acaricien los senos, quizá se concentren en que no les toquen los genitales. El deseo de controlar se manifiesta sobre todo en los noviazgos de la adolescencia. No debe sorprendernos que si una mujer dedica mucho tiempo y energía a regular la intimidad sexual, posiblemente le sea difícil experimentar sensaciones eróticas cuando por fin renuncie a controlar.

Por su parte, los hombres están condicionados a ver a la mujer como un desafío sexual y a llegar lo más lejos posible durante un encuentro erótico. También a ellos les resulta difícil valorar la agradable sensación de la intimidad y de tocar a alguien, cuando lo único que piensan es en qué hacer a continuación. A los que normalmente siguen este patrón, les costará abandonar el rol de incitador y mostrarse más bien receptivos que activos durante la interacción sexual. Tal vez se sientan confundidos o hasta amenazados por una mujer que cambia el rol de controladora por el de iniciadora.

Los hombres como personas fuertes y poco emotivas, las mujeres como personas cariñosas y solidarias

Quizá uno de los estereotipos más negativos relacionados con los roles de género es aquel que indica que expresar las emociones, ser tierno y cariñoso, son rasgos exclusivamente femeninos (Plant y colaboradores, 2000). Ya dijimos que a los hombres generalmente se les socializa para que no manifiesten sus emociones. Al que trate de parecer fuerte le será difícil expresar vulnerabilidad, sentimientos profundos y dudas. Dado este condicionamiento, no le resultará fácil establecer relaciones íntimas satisfactorias desde el punto de vista psicológico.

Por ejemplo, un hombre que acepta la suposición anterior tal vez realice el sexo como una actividad puramente física, en la cual no tienen cabida los sentimientos. Ello produce una experiencia limitada que puede dejar insatisfecha a una pareja. Las mujeres a menudo reaccionan en forma negativa cuando descubren este rasgo, porque tienden a conceder gran importancia a la espontaneidad y al deseo de expresar sentimientos en una relación. Pero no olvidemos que muchos hombres deben luchar contra el condicionamiento de “machos” que han recibido a lo largo de su vida, al tratar de externar emociones largo tiempo reprimidas. Por su parte, a las mujeres llega a cansarlas su rol de personas cariñosas, sobre todo cuando encuentran poca o nula reciprocidad en la pareja.

Ya explicamos cómo una aceptación rigurosa de los roles de género tradicionales limita y restringe la manera de expresar nuestra sexualidad. Se trata de una herencia cultural expresada hoy con mayor sutileza que antaño. No obstante, persisten las expectativas rígidas que inhiben nuestro crecimiento como individuos pluridimensionales y nuestra capacidad de ser enteramente espontáneos con la gente. Aunque muchos rompen con dichos estereotipos y aprenden a aceptarse y a expresarse en una forma más cabal, no debemos subestimar hasta qué punto hoy siguen vigentes los roles de género en nuestra sociedad.

No son pocos los que aún luchan por integrar a su estilo de vida las conductas masculinas, lo mismo que las femeninas. Esa tendencia, llamada comúnmente *androginia*, es el tema de la última sección del capítulo.

Más allá de los roles de género: androginia

La **androginia**, “tener las características de ambos sexos”, es un vocablo formado por dos raíces griegas: *andro*, “varón”, y *gine*, “mujer”. Se emplea para denotar la flexibilidad del rol de género. Los andróginos son individuos que han integrado aspectos de mas-

Androginia Combinación de conductas masculinas y femeninas típicas en un individuo.

culinidad y feminidad a sus personalidades y conductas. La androginia brinda la opción de manifestar cualquier conducta apropiada en una situación determinada, en vez de restringir las respuestas a las convencionales. Por eso, tanto los andróginos como las andróginas pueden mostrar asertividad en el trabajo, pero al mismo tiempo ser cariñosos con sus amigos, los miembros de su familia y su pareja. Muchos hombres y mujeres tienen características compatibles con las ideas tradicionales, aunque también intereses y tendencias que normalmente se atribuyen al otro sexo. En realidad, uno puede ser desde muy masculino o femenino, hasta *ambas* cosas a la vez, o sea andrógino.

La psicóloga social Sandra Bem (1974, 1993) diseñó un inventario o descripción de papel y lápiz para medir hasta qué punto a los individuos se les identifica con conductas masculinas o femeninas, o bien con una combinación de ambas. Se crearon otros instrumentos similares después de su trabajo pionero (Spence y Helmreich, 1978). Provistos de esas herramientas para medir la androginia, varios investigadores han comparado a individuos andróginos con personas que adoptan roles de género fuertemente estereotipados.

Algunos trabajos indican que los andróginos tienen una conducta más flexible, están menos limitados por los roles de género, cuentan con mayor autoestima, toman decisiones más acertadas en una situación de grupo, muestran mejores habilidades de comunicación, son más competentes en el aspecto social y están más motivados para el logro que los individuos con estereotipos de género bien definidos o que aquellos que obtienen calificaciones bajas en ambas áreas (Hirokawa y colaboradores, 2004; Katz y Ksansnak, 1994; Kirchmeyer, 1996; Shimonaka y colaboradores, 1997). He aquí otro descubrimiento de las investigaciones: los individuos masculinos y andróginos de ambos sexos son más independientes y tienden menos a cambiar de opinión que los que se identifican firmemente con el rol femenino (Bem, 1975). De hecho, la androginia y una gran masculinidad parecen ser aspectos adaptativos para ambos sexos en todas las edades (Sinnott, 1986). Sin embargo, las personas femeninas y andróginas de ambos sexos son más cariñosas que quienes se adhieren al rol masculino (Bem, 1993; Coleman y Ganong, 1985; Ray y Gold, 1996).

Hay que proceder con cautela antes de concluir que la androginia es el estado ideal, exento de problemas potenciales (Sampson, 1985). En una investigación se comprobó que los varones con estereotipos masculinos tenían un mejor ajuste psicológico global que los andróginos (Jones y colaboradores, 1978). En otra —en la que participaron profesores universitarios al inicio de su carrera— se observó lo siguiente: los andróginos mostraban mayor satisfacción personal, pero también mayor estrés en el trabajo que aquellos individuos que mostraban un acentuado estereotipo de género (Rotheram y Weiner, 1983). En una muestra numerosa de estudiantes universitarios, las características de la personalidad masculina se asociaban de manera más estrecha con la flexibilidad y adaptabilidad que el rasgo de la androginia (Lee y Scheurer, 1983). Otros trabajos también han mostrado que probablemente la masculinidad —no la feminidad ni la androginia— guarda una relación más sólida con el ajuste exitoso y con la autoestima positiva (Basoff y Glass, 1982; Unger y Crawford, 1992; Williams y D'Alessandro, 1994), tal vez “porque los atributos varoniles tienen una connotación más positiva y por ello producen mejores premios sociales” (Burn y colaboradores, 1996, p. 420). En conclusión, la androginia suele asociarse con la competencia emocional, social y conductual, pero se requiere más información para hacernos una idea completa de su efecto en el ajuste y en la satisfacción personal.

Las personas andróginas, tanto varones como mujeres, parecen tener actitudes más positivas hacia la sexualidad, estar más conscientes de los sentimientos de amor y expresarlos más que quienes siguen los estereotipos tradicionales de género (Ganong y Coleman, 1987; Walfish y Myerson, 1980). También son más tolerantes y tienden menos a juzgar o criticar la conducta sexual de los otros (García, 1982). Se ha demostrado que las mujeres andróginas experimentan más orgasmos y satisfacción sexual que las de estereotipo femenino (Kimlicka y colaboradores, 1983; Radlove y colaboradores, 1983). No obstante, en dos investigaciones independientes se descubrió que los varones masculinos se sienten más cómodos con el sexo que las mujeres

andróginas, lo cual significaría que el sexo biológico todavía ejerce un efecto más fuerte que el estereotipo de género (Allgeier, 1981; Walfish y Myerson, 1980).

En nuestra opinión, los andróginos tienden a ser más flexibles y a estar más a gusto con su sexualidad. Cabe suponer que, trátese de mujeres u hombres, están mejor capacitados para disfrutar los aspectos tanto psicológicos como físicos de la intimidad sexual. Probablemente no los cohibe iniciar una invitación erótica ni responder a ella; tampoco los limitan las ideas preconcebidas de quién debe hacer qué cosa —y cómo— durante el coito. Esto lo demuestran las investigaciones que señalan que las parejas andróginas obtienen mayor satisfacción sexual y psicológica que las parejas con estereotipo de género. Además, se comprometen más en la relación (Rosenzweig y Daily, 1989; Stephen y Harrison, 1985).

Continúan efectuándose investigaciones sobre la androginia, y tenemos buenas razones para ser cautelosos y no apoyar este estilo de vida con demasiado entusiasmo. Pero según la evidencia recabada hasta ahora, quienes superan los roles de género tradicionales están en condiciones de obrar con mayor comodidad y eficacia en una amplia gama de situaciones. Los andróginos pueden escoger entre un vasto repertorio de conductas femeninas y masculinas. Pueden optar por ser independientes, asertivos, cariñosos o tiernos; lo hacen no a partir de las normas de los roles de género, sino de aquello que les procura tanto a ellos como a los demás una satisfacción óptima en un momento determinado.



Palabras para consultar
en InfoTrac

- Androginia

R E S U M E N

Varón y mujer: masculino y femenino

- Los procesos mediante los cuales se determina nuestra masculinidad y feminidad, así como la manera en que influyen en nuestro comportamiento sexual o de otra índole, son de una gran complejidad.
- El sexo designa la feminidad o masculinidad biológicas tal como se reflejan en varios atributos físicos: cromosomas, órganos de la reproducción y genitales, por mencionar algunos.
- El género incluye las connotaciones psicosociales que se agregan al sexo biológico. Nuestras ideas de masculinidad y feminidad contienen suposiciones de género que se refieren a la conducta y que se basan en el sexo de la persona.
- La identidad de género se refiere a la sensación subjetiva de ser hombre o mujer.
- Los roles de género son un conjunto de actitudes y conductas que una cultura considera normal y apropiado para los miembros de uno u otro sexo.
- Los roles de género crean expectativas de conducta relacionadas con el sexo. Las conductas son definidas por la cultura y por tanto varían de una sociedad a otra según la época.

Formación de la identidad de género

- Los trabajos de investigación cuyo fin es aislar la multitud de factores biológicos que influyen en la identidad de género permiten identificar seis categorías o niveles biológicos: sexo cromosómico, sexo gonadal, sexo hormonal, sexo

de las estructuras internas de la reproducción, sexo de los genitales externos y diferenciación sexual del cerebro.

- En condiciones normales, las seis variables anteriores interactúan de un modo armonioso para determinar el sexo biológico, pero pueden presentarse errores en cualquiera de los niveles. Las anomalías resultantes en el desarrollo del sexo biológico dificultan seriamente la adquisición de la identidad de género.
- Según la interpretación de la formación de la identidad de género a partir del aprendizaje social, la identificación con los roles masculinos o femeninos proviene fundamentalmente de modelos sociales y culturales, así como de las influencias a que estamos expuestos.
- La mayoría de los teóricos adopta un modelo de interacción en el que a la identidad de género se le considera resultado de una compleja interacción de factores biológicos y relacionados con el aprendizaje social.

Transexualismo y transgenerismo

- El transexual es un individuo cuya identidad de género no coincide con su sexo biológico.
- El término *transgénero* suele aplicarse a personas cuyo aspecto y conducta no se ajustan a los roles de género que la sociedad asigna a los miembros de uno u otro sexo.
- En general, los transexuales muestran una orientación heterosexual. La comunidad de transgéneros presenta una composición más ecléctica de homosexuales, lesbianas, bisexuales y heterosexuales.

- La comunidad científica no se pone de acuerdo en lo tocante a las causas y al tratamiento más eficaz del transexualismo. Algunos transexuales se han sometido a un procedimiento exitoso de reasignación de sexo, en que el cuerpo es modificado para que coincida con su identidad de género.

Roles de género

- A veces las suposiciones ampliamente aceptadas acerca de los roles de género empiezan a funcionar como estereotipos: ideas sobre lo que es la gente, basadas no en su individualidad, sino en su inclusión en una categoría general; por ejemplo, el sexo o la edad.
- No pocos estereotipos de género comunes en nuestra sociedad nos alientan a prejuizar a los otros, y con ello limitan nuestras oportunidades.
- La socialización es el proceso mediante el cual la sociedad nos transmite sus expectativas sobre la conducta.
- Existen variaciones étnicas de los roles de género entre hispanos, afroamericanos y norteamericanos de origen asiático.
- Padres de familia, pares o iguales, escuelas, libros de texto, televisión y religión son agentes que socializan los roles de género.
- Las expectativas generadas por los roles de género ejercen un efecto profundo en nuestra sexualidad. Nuestras autoevaluaciones como seres sexuados, las expectativas que tenemos referentes a las relaciones íntimas, nuestra percepción de la calidad de tales experiencias y la respuesta de los otros ante nuestra sexualidad son todas influidas de manera significativa por la percepción que tenemos de nuestros roles de género.
- Los andróginos son individuos que han superado los roles de género tradicionales, pues en su estilo de vida integran aspectos asociados con la masculinidad y feminidad.

► Lecturas recomendadas

Dreger, Alice (1998). *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex*. Cambridge, MA: Harvard University Press. Interesantísima explicación de cómo los médicos y sociólogos han construido el sexo, el género, la sexualidad de los intersexuales, y por qué. El epílogo contiene relatos informativos de intersexuales que fueron tratados conforme al protocolo estándar de la década de 1950.

Fausto-Sterling, Anne (2000). *Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality*. Nueva York: Basic Books. Esta obra ofrece información sobre cómo la comunidad científica ha politizado el cuerpo humano. En tres capítulos se describe cómo a los intersexuales se les ha visto como “bienes dañados” y por qué no debería obligárseles a negar sus diferencias para ajustarse a la errónea definición social de normalidad.

Hines, Melissa (2004). *Brain Gender*. Nueva York: Oxford University Press. Reseña meticulosa de la investigación y teoría actuales acerca de la función del cerebro en la formación de la identidad de género y en las conductas relacionadas con los roles de género.

Lips, Hilary (2001). *Sex and Gender* (4a. ed.). Mountain View, CA: Mayfield. Texto informativo que reseña con rigor la bibliografía profesional dedicada a las diferencias sexuales

en la conducta y en las experiencias sociales. Lips incluye información según la cual las diferencias de género son muy pequeñas y, cuando existen, se originan principalmente en la socialización de las expectativas acerca de los roles de género.

Preves, Sharon (2002). *Intersex and Identity*. Piscataway, NJ: Rutgers University Press. Libro revelador e informativo donde se escucha a los intersexuales. Preves, una socióloga, nos permite entrar en la intersexualidad al analizar entrevistas con 37 adultos que de niños recibieron tratamiento por esta anomalía.

► Recursos en la Web

Sitio web CengageLearning

Visite www.cengage.com/highered para enlazarse con diversos recursos, como preguntas de repaso, actividades interactivas, vínculos con Internet, ejercicios de pensamiento crítico, foros de discusión y muchos otros servicios. También puede acceder a los sitios desde el Wadsworth Psychology Study Center (<http://psychology.wadsworth.com>) o conectarse directamente a los siguientes sitios:

Nota. Tenga en cuenta que este material es independiente del libro y que las páginas que lo contienen pueden ser modificadas o eliminadas sin previo aviso.

Gender Talk

En este sitio se dan explicaciones pormenorizadas y se plantean retos a las actitudes convencionales ante cuestiones de género, identidad de género y transgenerismo.

Intersex Society of North America

Esta sociedad es una organización de defensa que informa al público sobre todo lo relacionado con los intersexuales.

Ingersoll Gender Center

El centro es una organización no lucrativa de la comunidad de transexuales, travestis y transgéneros. Entre los contenidos más importantes de su sitio web figuran un catálogo de publicaciones, una recopilación de opiniones y vínculos con organizaciones afines.

Bodies Like Ours

Valioso recurso web que proporciona información sobre la intersexualidad y apoyo a los intersexuales.

International Foundation for Gender Education

Fuente confiable de información relativa a cuestiones de género como transgenerismo y transexualismo.

Gender Inn

Sitio web que incluye muchos recursos útiles para obtener más información sobre el género: listas de libros, artículos y otros sitios web.

Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association

Sitio web que suministra información destinada a difundir el conocimiento de los trastornos de la identidad de género.



Sitio web de apoyo a la obra en inglés

Visite el sitio web de la obra (*Our Sexuality Book Companion Website*) en

<http://latinoamerica.cengage.com/crooks> y elija la décima edición de este libro. Haga clic en "Apoyo electrónico para el estudiante". Allí encontrará herramientas que le ayudarán a aprovechar al máximo su tiempo de estudio: encuestas de actitud, crucigramas, temas de ensayo, tarjetas mnemotécnicas de los principales conceptos y sus definiciones, un glosario general, preguntas de opción múltiple y falso-verdadero, vínculos con sitios web sobre temas relacionados con cada capítulo, bibliografía general y un examen final. Asimismo, encontrará un vínculo para comprar el acceso a más material suplementario en línea: CengageNow.



CengageNow ¡Exactamente lo que necesita saber AHORA!

Dedique tiempo a lo que necesita dominar, no a la información que ya aprendió. CengageNow es un paquete de recursos electrónicos que le ayudará en su aprendizaje. Realice una prueba preliminar del capítulo, y CengageNow generará un plan personalizado de estudio a partir de sus resultados. El plan identificará los temas que debe repasar y lo dirigirá a los recursos en línea que le servirán para dominarlos. Después efectuará una prueba para determinar los conceptos que ya aprendió y aquellos en los que todavía debe trabajar. Visite el sitio www.cengage.com/login si ya tiene su código de acceso. Si no cuenta con él, siga el vínculo *Buy Now*. Escriba *Our Sexuality* en el campo de título. Elija la décima edición de este libro. Haga clic sobre la opción *CengageNow*. Se desplegará una solicitud de acceso y los precios en dólares americanos.



Biblioteca en línea InfoTrac College Edition

Investigue si su institución cuenta con un convenio de uso de InfoTrac, una de las mejores y más vastas bibliotecas en línea del mundo en el ámbito educativo. Conéctese a www.cengage.com/login para acceder a InfoTrac College Edition, biblioteca de consulta en línea que contiene multitud de revistas, muchas exclusivamente sobre la sexualidad humana: *Archives of Sexual Behavior*; *Archives of Sexual Health Behavior*; *Canadian Journal of Human Sexuality*; *Hispanic Journal of the Behavioral Sciences*; *Journal of Cross-Cultural Psychology*; *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*; *Journal of Sex Research* y *Sex Roles*.

Anatomía y fisiología sexual de la mujer



► La vulva

¿Cuáles son las dos razones por las que se practica un autoexamen genital?

¿Cumple el clítoris otro propósito que no sea el de proporcionar satisfacción sexual?

¿Cuáles son algunos mitos concernientes al himen?

► Estructuras subyacentes

¿Qué función tienen los bulbos y glándulas situadas por debajo del tejido de la vulva?

¿Qué son los ejercicios de Kegel y cómo influyen en la sensibilidad sexual de la mujer?

► Estructuras internas

¿Cómo y por qué se lubrica la vagina?

¿Qué estructuras internas producen la mayor parte de las hormonas?

► Menstruación

¿Hay signos fisiológicos que indican que una mujer está ovulando y que por lo mismo se halla en el punto más fértil del ciclo menstrual?

¿Cuáles son los síntomas del síndrome premenstrual y de la dismenorrea?

¿Qué puede hacer una mujer para atenuar en lo posible esos síntomas?

► Menopausia

¿Cuáles son algunos efectos positivos de la menopausia?

¿Qué beneficios y riesgos entraña la terapia de remplazo hormonal?

► Problemas de salud ginecológica

¿A qué se deben las infecciones de la vagina y los problemas de las vías urinarias?

¿Se detecta el cáncer cervical con el frotis de Papanicolaou?

► Los senos

¿Cuáles son los pasos para la exploración de los senos?

¿Qué porcentaje de los cánceres mamarios se atribuye a un defecto genético?

Tenia tres hijos y 45 años de edad cuando por primera vez me fijé en mis genitales. Me sorprendió la delicadeza de las formas y de los colores. Siento mucho que pasara tanto tiempo porque ahora experimento más seguridad sexual después de haberme familiarizado con mi cuerpo. (Archivo de los autores.)

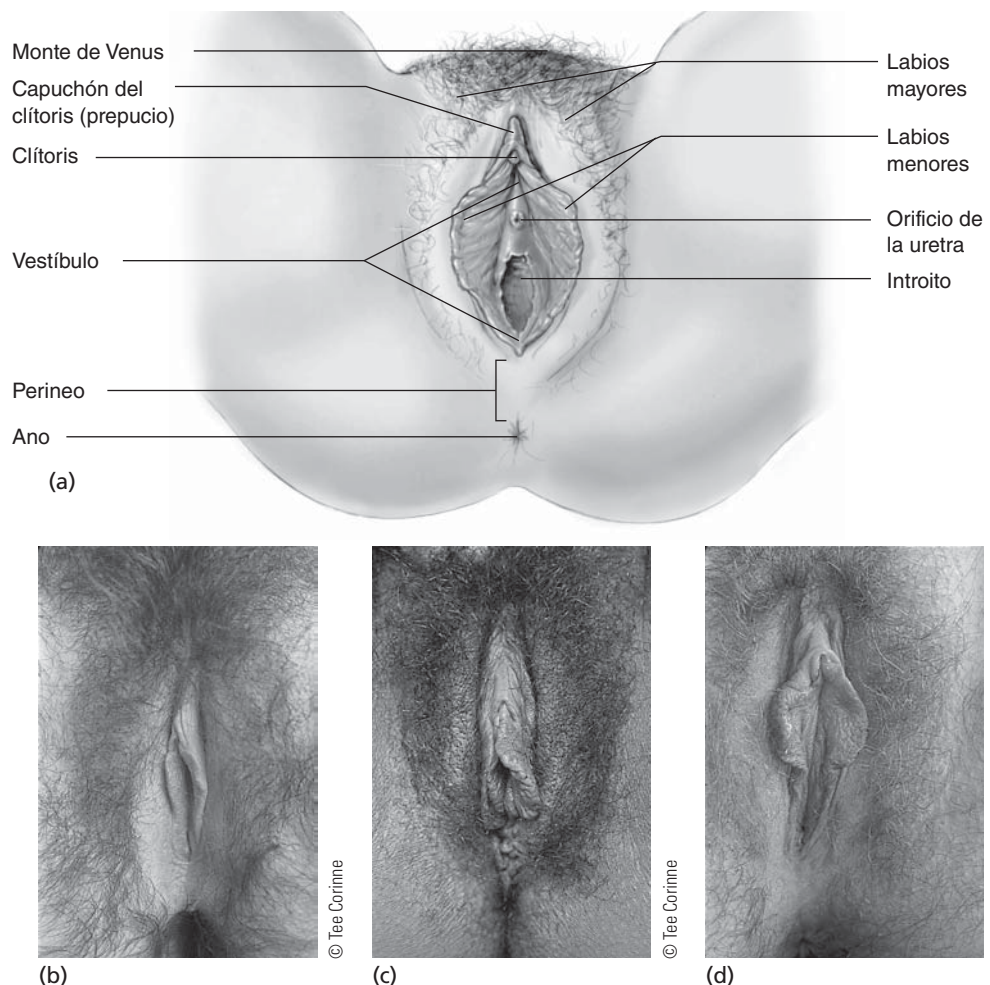
Muchas mujeres desconocen sus genitales tanto como la mujer anterior. Conocer y familiarizarse con el propio cuerpo constituye un aspecto importante del bienestar e inteligencia sexuales. En este capítulo vamos a ofrecer una descripción detallada de todas las estructuras genitales femeninas, lo mismo externas que internas. La explicación será fácil de utilizar a manera de consulta, y recomendamos a las lectoras practicar una autoexploración como parte de la lectura (véase el recuadro “Ante todo, la salud sexual” en la página 90). Iniciamos la descripción hablando de las estructuras externas; luego abordamos las estructuras subyacentes y los órganos internos. En este capítulo se incluye información relativa a la menstruación, la menopausia y los senos, y concluye con información sobre la salud de la mujer.

La vulva

Vulva Genitales externos de la mujer: vello púbico, monte de Venus, labios mayores y menores, clítoris, orificios urinario y de la vagina.

Abarca todas las estructuras genitales externas: el vello, los pliegues cutáneos, y los orificios urinario y de la vagina. *Vulva* es un término que emplearemos frecuentemente en el libro para designar los genitales externos. A veces se le confunde con la vagina, estructura interna que tiene solamente un orificio como parte de la vulva. Consultense los detalles en la **figura 4.1**. El aspecto de la vulva, que varía de una

Figura 4.1 Estructuras y variantes de la vulva: (a) estructuras externas; (b-d) varios colores y formas. Los genitales externos tienen muchas variantes comunes.





(a)

Lámina de Georgia O'Keeffe, tomada de *THE DINNER PARTY* de Judy Chicago, 1979. Pintura china en porcelana. 35 cm de diámetro. Photo © Through the Flower Archives.



(b)

© Charles Marden Fitch/SuperStock

Formas de la vulva en la pintura y en la naturaleza:

(a) Una de las láminas de *The Dinner Party* de Judy Chicago, exhibición permanente del Brooklyn Museum of Art que simboliza a las mujeres en la historia; (b) la belleza de una flor, semejante a la vulva.

persona a otra, ha sido comparado con ciertas flores, conchas marinas y otras formas que vemos en la naturaleza. Las formas que se le asemejan se utilizan en obras de arte; por ejemplo, *The Dinner Party*, instalación de Judy Chicago, se compone de 39 placas de cerámica que simbolizan a personajes femeninos de la historia.

El monte de Venus

Es la traducción literal de la frase latina *mons veneris*. Venus era la diosa romana del amor y de la belleza. El monte de Venus es la zona que recubre el hueso púbico. Consta de almohadillas de tejido adiposo situadas entre el hueso púbico y la piel. El tacto y la presión ejercidos sobre él procuran placer erótico por la presencia de numerosas terminaciones nerviosas. En la pubertad se cubre de vello cuyo color, textura y grosor varían según la mujer. En ocasiones, estas diferencias constituyen una preocupación femenina.

Siempre me sentí incómoda en las clases de educación física de la universidad porque mi vello púbico era más grueso y oscuro que el de otras mujeres. Un día mi mejor amiga y yo charlábamos y ella mencionó sentirse avergonzada bajo la ducha después de esas clases, porque su vello púbico era de color claro y ralo. Le confesé mis inquietudes. Nos reímos y decidimos olvidarnos del asunto. (Archivo de los autores.)

Monte de Venus

Montículo triangular situado sobre el hueso pélvico por encima de la vulva.

Durante la excitación sexual, el aroma que acompaña las secreciones vaginales queda retenido en el vello púbico, lo que puede intensificar el placer erótico. El vello impide una fricción molesta y sirve de amortiguador durante el coito. En general las mujeres y su pareja disfrutan la exuberante sensualidad del vello púbico.

Las actrices de pornografía y las bailarinas de cabaret acostumbran eliminarlo, aunque ha surgido la tendencia a arreglarlo como una práctica establecida entre algunas mujeres. Hay varias técnicas para suprimirlo: cortarlo, rasurarlo, depilarlo con cera o con un aparato; algunas lo remueven de manera permanente con rayos láser o trazan diseños en él —un corazón o un tornillo fulgurante— para crear un efecto estético original (Speer, 2005). Otras lo ajustan a la línea del bikini para que el vello no sobresalga del traje de baño o de la tanga (Singer, 2005). Algunas conservan una “franja pequeña” o un triángulo, mientras unas cuantas lo eliminan por completo y quedan “lampiñas” (Merkin, 2006).

Los labios mayores

Llamados también *labios externos*, se extienden desde el monte de Venus hacia abajo a ambos lados de la vulva. Nacen cerca del muslo y se tienden hacia el interior, rodeando los labios menores y los orificios de la uretra y de la vagina. Junto a los muslos, los labios externos están recubiertos con vello púbico; sus partes internas, cerca de

Labios mayores Labios externos de la vulva.

Autoexploración de los genitales

Las mujeres nacen con el deseo de conocer su cuerpo. En realidad, tanto ese conocimiento como la exploración física son pasos importantes en el desarrollo de una niña. Desafortunadamente, desde su más tierna infancia las mujeres reciben un condicionamiento negativo respecto de sus órganos sexuales. Aprenden a considerarlos como partes “privadas”, esto es, lo que no se debe ver, tocar ni disfrutar. Es común que reaccionen con cierta incomodidad cuando se les pide examinarse los genitales.

La autoexploración es un ejercicio que nos brinda la oportunidad de conocernos a nosotros mismos, nuestro cuerpo y sentimientos. Como muchos otros ejercicios e información del libro cuyo fin es ayudar a los estudiantes a mejorar su autoconocimiento o salud sexual, algunas lectoras seguramente optarán por leer este ejercicio pero se abstendrán de hacerlo o bien sólo realizarán unos cuantos pasos. Para comenzar la autoexploración, use un espejo manual, quizá junto con un espejo de tamaño normal, para observar sus genitales desde varios ángulos y posturas: de pie, sentada, acostada. Quizá convenga que haga un dibujo de sus genitales y anote el nombre de cada una de sus partes (visibles en la figura 4.1). Todas las mujeres tienen partes idénticas; sólo varían los matices del color, las formas y la textura. Mientras observa, procure compenetrarse de lo que piensa acerca de la anatomía de sus genitales. Las mujeres tienen diversas reacciones al hacerlo.

La vulva no me parece una parte atractiva de mi cuerpo. Tampoco me atrevería a llamarla fea. Sería más fácil aceptarla si de pequeñas no nos hubieran enseñado a ocultarla y a pensar que es sucia. Pero nunca logré entender por qué a los hombres les fascina tanto. (Archivo de los autores.)

Su aspecto me parece muy sensual; los tejidos se ven blandos y suaves. (Archivo de los autores.)

Mi pareja anterior me dijo que yo tenía una vulva muy hermosa. Su comentario me hizo sentirme bien con mi cuerpo. (Archivo de los autores.)

Además de examinarse visualmente, explore con los dedos las superficies de sus genitales. Concéntrese en las sensaciones producidas por varias clases de tacto. Fíjese cuáles áreas son más sensibles y cómo la índole de la estimulación cambia de una a otra. El propósito principal de este ejercicio es explorar, no excitarse usted misma, pero en caso de que eso ocurra durante la autoexploración, advertirá entonces los cambios de sensibilidad que se producen en distintas partes de la piel.



© Custom Medical Stock Photography

El autoexamen rutinario es un aspecto del cuidado preventivo de la salud

Este autoexamen cumple otro propósito además de ayudar a las mujeres a sentirse más espontáneas con su anatomía y sexualidad. Al hacerlo cada mes, aumenta también la atención médica de rutina. Si alguien sabe lo que es normal en su cuerpo, podrá detectar cambios pequeños y acudir de inmediato al médico. Por lo regular los problemas requieren tratamiento menos riguroso cuando se detectan al inicio. Si llega a observar alguna alteración, consulte inmediatamente al médico. La **ginecología** es la especialidad que estudia la anatomía sexual y reproductiva de la mujer.

Ginecología Rama de la medicina que se especializa en la salud y en las enfermedades de los órganos sexual y reproductores de la mujer.

los labios menores, carecen de vello. Su piel suele ser más oscura que la de los muslos. Las terminaciones nerviosas y el tejido adiposo situado debajo se parecen a los que se hallan en el monte de Venus.

Los labios menores

Llamados también *labios internos*, están situados dentro de los labios mayores y a menudo sobresalen entre ellos. Son pliegues cutáneos sin vello que se unen en el **prepucio**, o capuchón del clítoris, y que se extienden hacia abajo, más allá de los orificios de la uretra y la vagina. Contienen glándulas sudoríparas y aceitosas, muchos vasos sanguíneos y terminaciones nerviosas. Su tamaño, forma, longitud y color varían mucho de una mujer a otra, como se observa en la figura 4.1. Adquieren un color más oscuro durante el embarazo.

Aunque no existe una norma universal de cómo debiera ser el aspecto de los labios menores, algunas mujeres lo modifican mediante labioplastia (cirugía cosmética con la cual se cambian su tamaño y su forma). Le indican al cirujano que quieren labios más simétricos, pequeños o carnosos. (En cambio, los labios colgantes se consideran hermosos en la cultura hotentote de África, y las mujeres empiezan a tirar de ellos desde muy niñas para agrandarlos.) El uso creciente de sitios de Internet, revistas y películas pornográficos donde los genitales femeninos son el centro de atracción, posiblemente afianzan la idea de que deberían lucir diferente de como se ven naturalmente (Kobrin, 2006; Navarro, 2004). Según los cirujanos plásticos que realizan el procedimiento, son las mujeres quienes lo desean, no su pareja. Los que persuaden a su compañera para que se someta a la labioplastia quieren que los labios tengan el mismo aspecto que les gusta ver en la pornografía (Douglas y colaboradores, 2005). Entre los riesgos de la intervención se encuentra una cicatrización dolorosa o una lesión de los nervios, que pueden provocar hipersensibilidad o pérdida de la sensación, lo que perjudica la excitación y el placer eróticos.

Otra forma de modificar el aspecto de los genitales consiste en perforar los tejidos de la vulva e incrustarle joyas. Antes de la década de 1990, en el mundo occidental la perforación de partes del cuerpo estaba asociada con pueblos exóticos y lejanos que aparecían en *National Geographic*. En la actualidad, tanto las mujeres como los hombres occidentales han aplicado a los genitales esta forma de “arte corporal”. Los sitios preferidos son el capuchón o cuerpo del clítoris y los labios menores o mayores. En los sitios perforados se colocan anillos y pendientes. Las perforaciones del cuerpo visibles al público expresan la individualidad e identidad con una subcultura; las de los genitales son adornos personales que se compartirán con la pareja. No sabemos hasta qué punto realmente intensifiquen la estimulación erótica. Uno de los riesgos consiste en contraer el VIH, la hepatitis B e infecciones bacterianas. También sobrevienen a veces infecciones locales y sistémicas, abscesos, reacciones alérgicas, ulceraciones y cicatrización problemática. Los anillos y pendientes también pueden dañar los tejidos genitales de la pareja sexual (Kreahling, 2005; Meltzer, 2005).

El clítoris

Incluye el **tallo** o **cuerpo** y el **glándulo** externos, así como las **raíces** que se proyectan hacia adentro desde ambos lados del cuerpo. El tallo y el glándulo se hallan justo por debajo del monte de Venus, donde convergen los labios internos o menores. Los recubre el capuchón del clítoris (prepucio). Las secreciones genitales, las células cutáneas y las bacterias se combinan para formar el **esmegma**, sustancia que se acumula bajo el capuchón y que en ocasiones forma grumos, causando dolor durante la excitación o actividad erótica. Para impedir que se acumule en esta zona, se retrae el capuchón al momento de lavar la vulva. Un médico puede eliminarlo en caso de que ya se haya formado.

Si observa la **figura 4.2** en la siguiente página, que muestra el clítoris sin capuchón, se dará cuenta de que el glándulo está apoyado en el tallo. Éste no es visible, aunque puede sentirse y su forma se distingue a través del capuchón. Contiene dos pequeñas estructuras esponjosas, los **cuerpos cavernosos**, que saturan de sangre durante la excitación sexual (Hamilton, 2002). Éstos se convierten en las raíces (tallos internos semejantes a las piernas) que se unen a los huesos del pubis dentro de la

Labios menores Labios internos de la vulva, uno a cada lado del orificio de la vagina.

Prepucio Pliegue de la piel situado sobre el clítoris.

Clítoris Estructura sumamente sensible de los genitales externos de la mujer, cuya única función es procurar placer sexual.

Tallo Parte del clítoris entre el glándulo y el cuerpo.

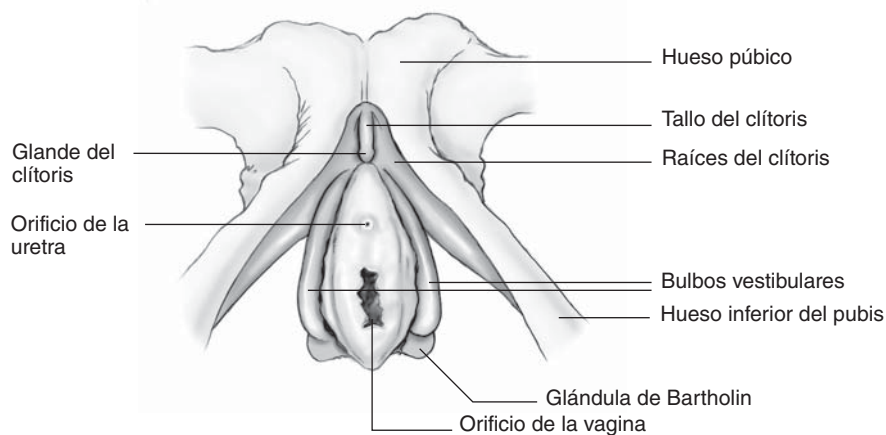
Glándulo Cabeza del clítoris con abundantes terminaciones nerviosas.

Raíces Extremos más internos de los cuerpos cavernosos que se conectan con los huesos de la pelvis.

Esmegma Sustancia de las secreciones glandulares y de las células cutáneas, con aroma característico a queso, que a veces se acumula bajo el capuchón del clítoris.

Cuerpos cavernosos Estructuras del tallo del clítoris que se hinchan con la sangre durante la excitación sexual.

➡ **Figura 4.2** Estructuras subyacentes de la vulva



cavidad pélvica. A menudo el glande no se ve bajo el capuchón del clítoris, pero se distingue al separar suavemente los labios menores y retraer el capuchón. El glande tiene un aspecto terso, redondeado y un poco transparente. El tamaño, la forma y posición del clítoris varían entre las mujeres. Se trata de diferencias normales que al parecer no se relacionan ni con la excitación ni con el funcionamiento sexual.

Al inicio posiblemente sea más fácil que una mujer localice el clítoris mediante el tacto que con la vista, debido a sus sensibles terminaciones nerviosas. La parte externa del clítoris, aunque diminuta, tiene un número de terminaciones nerviosas similar al del pene. Es muy sensible; las mujeres suelen estimularla con el capuchón cubriéndola para evitar la estimulación directa que puede resultar excesiva. La investigación sobre los patrones de masturbación femenina indican que la estimulación del clítoris, y no la penetración en la vagina, es la manera más común en que se excitan y alcanzan el orgasmo. Todos los órganos sexuales, tanto del hombre como de la mujer, cumplen otras funciones más en la reproducción o en la eliminación de desechos; pero el clítoris tiene un solo propósito: el placer y la excitación sexual.

En algunas regiones del mundo el papel sexual del clítoris es tan perturbador que se extirpa durante la mutilación de los genitales, como se explica en el siguiente recuadro sobre la sexualidad y la diversidad.



Pensamiento crítico

¿Qué deberían decir los padres a sus hijas respecto del clítoris?

SEXUALIDAD Y DIVERSIDAD

Extirpación de los genitales femeninos: ¿tortura o tradición?

En alguna época, para “curar” la masturbación se practicaron varios tipos de extirpación de los genitales en casi todas las regiones del mundo, incluido Estados Unidos, entre 1890 y hasta finales de la década de 1930 (Hamilton, 2002). Y todavía hoy sigue practicándose en ese país cuando las niñas nacen con un clítoris más grande de lo normal, lo que es un tema de crecientes controversias (Coventry, 2000). Cada año unos 2 millones de niñas y mujeres en más de 40 países de África, Oriente Medio y Asia son sometidas a varias clases de extirpación, generalmente como parte de un rito de iniciación a la madurez sexual y a la aptitud para el matrimonio (Leye, 2006). La “mutilación de los genitales femeninos” es otra expresión con que se designa la escisión, aunque muchas mujeres que pasan por esta terrible experiencia creen que sus genitales son más atractivos y no que fueron “mutilados” (Nour, 2006). La partera de la aldea o una enfermera realizan los procedimientos, que suelen ser ordenados por la madre de la niña (Mwai, 2006; Prince-Gibson, 2000). El más sencillo, la circuncisión, consiste en quitar el capuchón del clítoris. Otro muy frecuente, la clitoridectomía, consiste en

extirpar el clítoris. En uno de los más extremos, la infibulación genital, se extirpan tanto el clítoris como los labios. Después se raspan ambos lados de la vulva y se cosen (a veces con espinas), mientras sostienen a la niña para que no se mueva. Para cortar el tejido se usan navajas de rasurar o trozos de vidrio, y el procedimiento se efectúa sin anestesia ni desinfectantes o instrumentos estériles (Rosenthal, 2006). Se sujetan las piernas y los muslos de la niña alrededor de los tobillos durante una semana aproximadamente (Nour, 2000). Después el tejido se une al crecer, dejando sólo un orificio pequeño para expulsar la orina y el flujo menstrual. Se calcula que 130 millones de mujeres y niñas son sometidas en la actualidad a una de las modalidades de extirpación de los genitales, y en Egipto, 96% de las mujeres casadas han sido circuncidadas (El-Zanaty y Way, 2006; Nour, 2006).

El objetivo principal de la extirpación de los genitales es garantizar la virginidad antes del matrimonio. A las jóvenes no se les considera aptas para casarse si no se les ha practicado la excisión. Como el matrimonio es por lo normal el único papel de la mujer en esas culturas, el futuro y el orgullo de la familia exigen cumplir con la tradición. Aproximadamente 60% de las egipcias piensa que el marido prefiere a una mujer circuncidada (El-Zanaty y Way, 2006). Se impone un severo estigma social a las incircuncisas. Por ejemplo, en Sudán uno de los insultos más viles que se pueden hacer a un hombre es llamarlo “hijo de una mujer incircuncisa” (Al-Krenawi y Weisel-Lev, 1999).

La infibulación origina las complicaciones ginecológicas y obstétricas más severas: sangrado y dolor que provocan choque y muerte, una hemorragia prolongada causante de anemia e infecciones que retrasan la cicatrización y además desencadenan tétanos y gangrena. Entre las consecuencias a largo plazo se encuentran la obstrucción de las vías urinarias, bloqueo del flujo menstrual e infecciones recurrentes del aparato reproductor. Los índices de infertilidad son más altos entre las mujeres cuyos labios fueron extirpados (Ball, 2005). Las cicatrices externas de la vagina pueden causar serios problemas durante el parto; 50% más de las mujeres que fueron víctimas de la extirpación de los genitales fallece por complicaciones de parto (junto con el hijo) que el resto de las mujeres no sometidas a ella (Eke y Nkanginieme, 2006). Debido a los recientes patrones de la inmigración, los obstetras y ginecólogos estadounidenses atienden a unas 168 000 niñas y mujeres que viven actualmente en Estados Unidos y que habían sufrido la excisión (Elwood, 2005; Sugar y Graham, 2006).

El clamor popular contra la extirpación de los genitales femeninos obligó a las Naciones Unidas a suspender su política de no intervenir en las prácticas culturales de los países miembros. La cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, organizada en 1995 por esa institución, también condenó esa práctica. En muchos países, por la enorme fuerza de la tradición cultural, es difícil poner fin a tan terrible ritual; los mismos obstáculos se enfrentan inclusive donde es ilegal (Nour, 2006). El problema ha suscitado complejas preguntas de carácter legal y ético. Canadá fue el primer país en reconocer que esa práctica es un motivo para otorgar la calidad de refugiado. En 1996 el tribunal supremo de Estados Unidos concedió asilo a una adolescente de África occidental para protegerla de la extirpación de los genitales (Superville, 1996). ■



© Marie Dorigny/Sipa Press

A esta bebé están a punto de extirparle los genitales en Etiopía, donde musulmanes y cristianos siguen cumpliendo con esta tradición a pesar de estar prohibido por su constitución.



Sexo y política



Palabras para consultar en InfoTrac

- Extirpación de los genitales femeninos

La función del clítoris en la excitación y el orgasmo ha desatado numerosas controversias. Persiste la creencia errónea de que la estimulación de la vagina es o debiera ser la única causa de ambos. Ello a pesar de los conocimientos científicos disponibles hace mucho tiempo respecto de la alta concentración de terminaciones nerviosas en el clítoris. Hay un hecho innegable: el clítoris es mucho más sensible al tacto que la vagina. El interior de ésta sí contiene terminaciones nerviosas, pero no del tipo de las que reaccionan al tacto ligero (Pauls y colaboradores, 2006). (Por eso la mujer no siente los tampones ni los diafragmas cuando se colocan bien.) Sin embargo, a muchas les causa gran placer la presión interna y las sensaciones de estiramiento dentro de la vagina durante la estimulación manual o el coito. Algunas se sienten más excitadas con la estimulación de la vagina que del clítoris, en especial después de la excitación y de que los tejidos de la vagina están completamente hinchados.

? Pensamiento crítico

¿En qué aspectos las perforaciones genitales y la labioplastia cosmética practicadas a las mujeres del mundo occidental se parecen y se diferencian de las que se realizan a las mujeres en África, el Oriente Medio y Asia?

En la investigación mediante la tecnología de imagenología del cerebro se comprobó que las mujeres (con lesión de médula espinal o sin ella) llegan al orgasmo autoestimulándose el cuello del útero (Whipple y Komisaruk, 2006). A medida que se han realizado más trabajos científicos, se ha hecho evidente que existe una gran variación individual (Ellison, 2000).

El vestíbulo

Vestíbulo Área de la vulva en el interior de los labios menores.

Es la zona de la vulva en el interior de los labios menores. Contiene muchos vasos sanguíneos y terminaciones nerviosas; sus tejidos son sensibles al tacto. (En la terminología arquitectónica, la palabra *vestíbulo* significa la entrada de una casa.) En él se hallan el orificio de la uretra y de la vagina.

El orificio de la uretra

Uretra Tubo por donde pasa la orina proveniente de la vejiga.

La orina recogida en la vejiga sale del cuerpo de la mujer por esta abertura. La **uretra** es un tubo corto que conecta la vejiga con el orificio urinario localizado entre el clítoris y el orificio vaginal.

El introito y el himen

Introito Orificio de la vagina.

Himen Tejido que cubre parcialmente el orificio de la vagina.

La abertura de la vagina, o **introito**, está situada entre el orificio urinario y el ano. Está recubierta por un pliegue de tejido llamado **himen**, que normalmente está presente al nacer y suele permanecer intacto hasta el primer coito. Su orificio suele ser lo bastante amplio para introducir tampones. En ocasiones está tan grueso que no puede romperse con facilidad durante el coito; un médico quizá se vea obligado a practicar una incisión menor. Rara vez un *himen imperforado*, tejido que sella por completo el orificio de la vagina, hace que el flujo menstrual se acumule dentro de la vagina. Cuando se descubre el problema, un médico abrirá el himen con una incisión. Aunque pocas veces ocurre, una mujer puede embarazarse aun cuando el himen permanezca intacto y sin que haya habido penetración del pene. Si hay espermatozoides en los labios menores, nadarán hacia el interior de la vagina. A menos que se desee un embarazo, no debe frotarse el pene con la vulva cuando no se hayan tomado medidas anticonceptivas.

Aunque el himen puede proteger los tejidos de la vagina en los primeros años de vida, no se le conoce ninguna otra función. Pese a ello, muchas sociedades, incluida la nuestra, atribuyen gran importancia a su presencia o ausencia. Se han utilizado eufemismos para describirlo como *membrana virginal*. En la sociedad norteamericana, lo mismo que en otras, está muy arraigada la creencia de que la virginidad puede probarse por el dolor y el sangrado que ocurren durante el primer coito o “desfloración”. En varias épocas las sábanas con manchas de sangre de la noche de bodas eran una

prueba de que el novio era el primer hombre en tener relaciones con la novia y de que el matrimonio se había consumado. Todavía hoy algunas mujeres, especialmente en Japón y en el Oriente Medio, son sometidas a *himenoplastia* —reconstrucción quirúrgica del himen— para ocultar la pérdida de la virginidad (Alexander, 2005).

Aunque algunas veces hay dolor o sangrado durante el primer coito, el himen puede ser lo bastante pequeño, flexible o delgado para evitarlo; en ocasiones hasta permanece intacto después de la cópula. Si una mujer lo estira manualmente antes del primer coito, quizá logre atenuar el malestar que llega a presentarse. Para ello introduce primero un dedo bien lubricado (con saliva o con un lubricante soluble en agua) dentro del orificio vaginal y oprime hacia el ano hasta sentir un estiramiento. Al cabo de unos segundos lo suelta y se relaja. Repite la maniobra varias veces. Luego introduce dos dedos en la vagina y estira ambos lados abriendo los dedos. Con ambos dedos repite la maniobra, sólo que ahora hacia abajo. ■



Salud sexual

El perineo

Es la zona de piel tersa situada entre el orificio de la vagina y el ano (el esfínter por donde se desplazan los movimientos intestinales). El tejido del perineo está provisto de terminaciones nerviosas y es sensible al tacto. En el momento del alumbramiento, a veces se practica a la madre una incisión llamada *episiotomía* para evitar el desgarramiento que puede ocurrir cuando el recién nacido atraviesa el canal del parto. Estudiaremos el perineo más a fondo en el capítulo 11.

Perineo Área comprendida entre la vagina y el ano en la mujer, y entre el escroto y el ano en el hombre.

► Estructuras subyacentes

Podrían verse algunas de estas estructuras si extrajéramos el vello, la piel y los cojines adiposos de la vulva (figura 4.2). El cuerpo del clítoris quedaría visible al ya no estar oculto por el capuchón, lo mismo que las raíces. Estas estructuras forman parte de la extensa red de bulbos y vasos sanguíneos que se hinchan con sangre durante la excitación sexual. Los **bulbos vestibulares**, que yacen a lo largo de la vagina, se llenan de sangre durante la excitación, haciendo que la vagina se alargue y que el área vulvar se hinche. Por su estructura y función, los bulbos nos recuerdan el tejido esponjoso del pene que se hincha durante la excitación, causando una erección (Bartlik y Goldberg, 2000). La compresión de estos tejidos por el pene durante el coito origina sensaciones internas que procuran placer a algunas mujeres (Ellison, 2000).

Antaño se creía que las **glándulas de Bartholin**, situadas a ambos lados del orificio de la vagina, eran la fuente de la lubricación de ésta durante el coito, pero normalmente producen apenas una o dos gotas de líquido poco antes del orgasmo. Casi nunca están visibles, pero en ocasiones el conducto de una glándula de Bartholin se obtura y el líquido que se secreta en condiciones normales queda encerrado y ocasiona agrandamiento. Cuando eso sucede y la hinchazón no disminuye al cabo de unos días, se recomienda consultar a un médico. Además de las glándulas y la red de vasos sanguíneos, por debajo de la zona genital se encuentra una compleja musculatura, como se advierte en la ► **figura 4.3**. Los *músculos del piso pélvico* presentan un diseño multidireccional que permite al orificio de la vagina expandirse mucho durante el parto y contraerse después.

Bulbos vestibulares

Dos protuberancias, una a cada lado del orificio de la vagina, que se llenan con sangre durante la excitación sexual.

Glándulas de Bartholin

Dos glándulas pequeñas localizadas ligeramente en el interior del orificio de la vagina que secretan unas cuantas gotas de líquido durante la excitación sexual.

► Estructuras internas

La anatomía sexual interna de la mujer se compone de vagina, cérvix, útero y ovarios, estructuras que estudiaremos en las siguientes secciones. En la ► **figura 4.4** se ofrece una vista de la sección transversal y frontal de la pelvis femenina.

Ejercicio de Kegel

Los músculos del piso de la pelvis se contraen involuntariamente en el momento del orgasmo; con estos ejercicios se les puede entrenar para que lo hagan voluntariamente. Fueron ideados por Arnold Kegel en 1952 a fin de ayudar a las mujeres a recobrar el control de la micción tras el parto. (A causa del excesivo estiramiento y desgarre de los músculos del perineo durante el parto, las mujeres que hacía poco habían dado a luz solían perder orina al toser o estornudar.) Se ha comprobado que los **ejercicios de Kegel** tienen otros efectos además de restablecer el tono muscular (Beji, 2003). Luego de unas seis semanas de practicarlos, se observa en muchos casos un aumento de la excitación en el coito y también en la sensibilidad genital. Tales efectos al parecer se deben al mejor conocimiento de los órganos sexuales y a una mejoría del tono muscular.

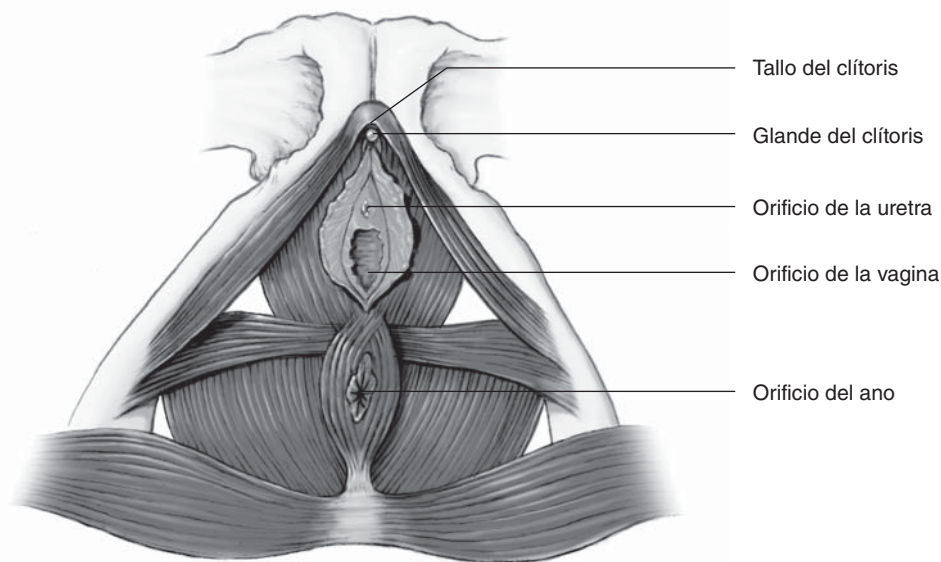
A continuación, los pasos de los ejercicios de Kegel:

1. Localice los músculos que rodean la vagina. Esto se hace interrumpiendo el flujo de orina para determinar cuáles músculos contraer. Un medio más eficaz de contraer los músculos del piso de la pelvis consiste en contraer el esfínter del no como si se intentara contener gases.
2. Introduzca un dedo en el orificio de la vagina y contraiga los músculos que localizó en el paso anterior. Sentirá que le aprietan el dedo.
3. Contraiga los mismos músculos por 10 segundos. Afloje. Repita la maniobra 10 veces.
4. Contraiga y relaje lo más rápidamente posible, de 10 a 25 veces. Repita la maniobra.
5. Imagine que trata de absorber algo en la vagina. Mantenga la posición tres segundos.
6. Esta serie de ejercicios debe efectuarse tres veces al día.

Ejercicios de Kegel

Serie de ejercicios que fortalecen los músculos situados bajo los genitales externos del hombre o de la mujer.

➔ **Figura 4.3** Músculos subyacentes de la vulva. Pueden estirarse mediante los ejercicios de Kegel que se describen en el recuadro "Ante todo, la salud sexual"



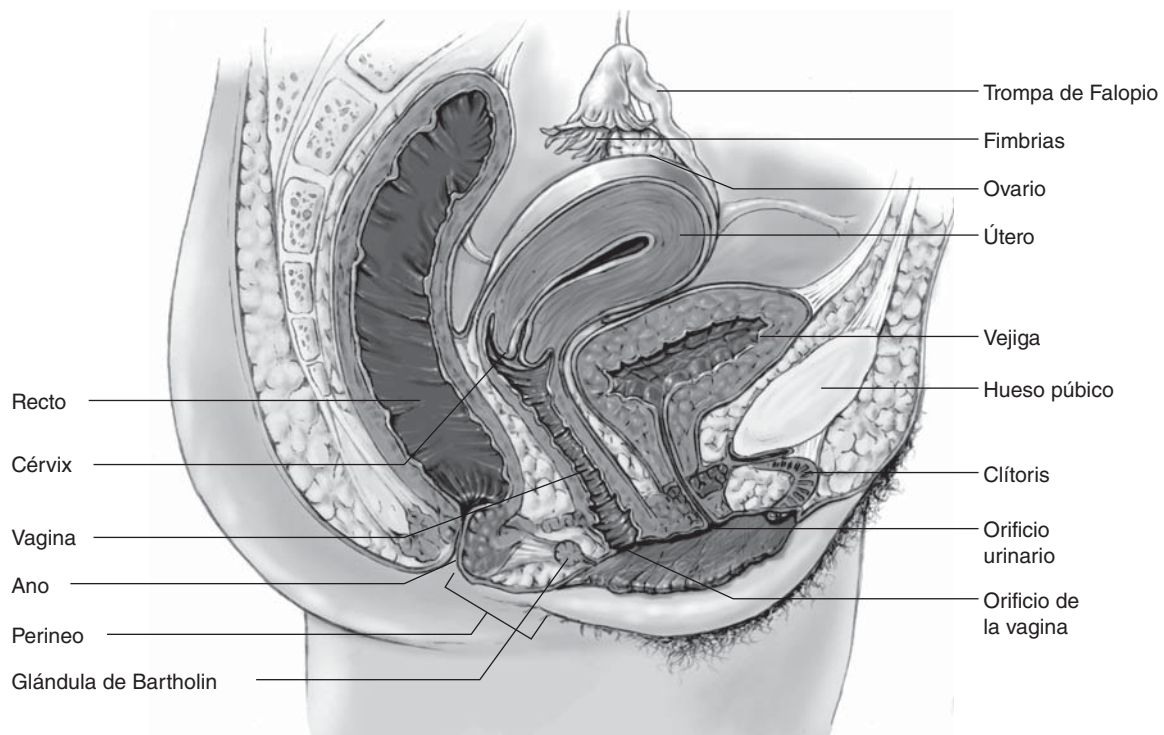
La vagina

Es un conducto que se abre entre los labios menores y que se extiende hacia el interior del cuerpo, y se dobla hacia la parte pequeña de la espalda en dirección de la cervix y el útero. Pocas mujeres han visto el interior de su vagina, pero pueden hacerlo durante sus exploraciones o revisiones de la pelvis.

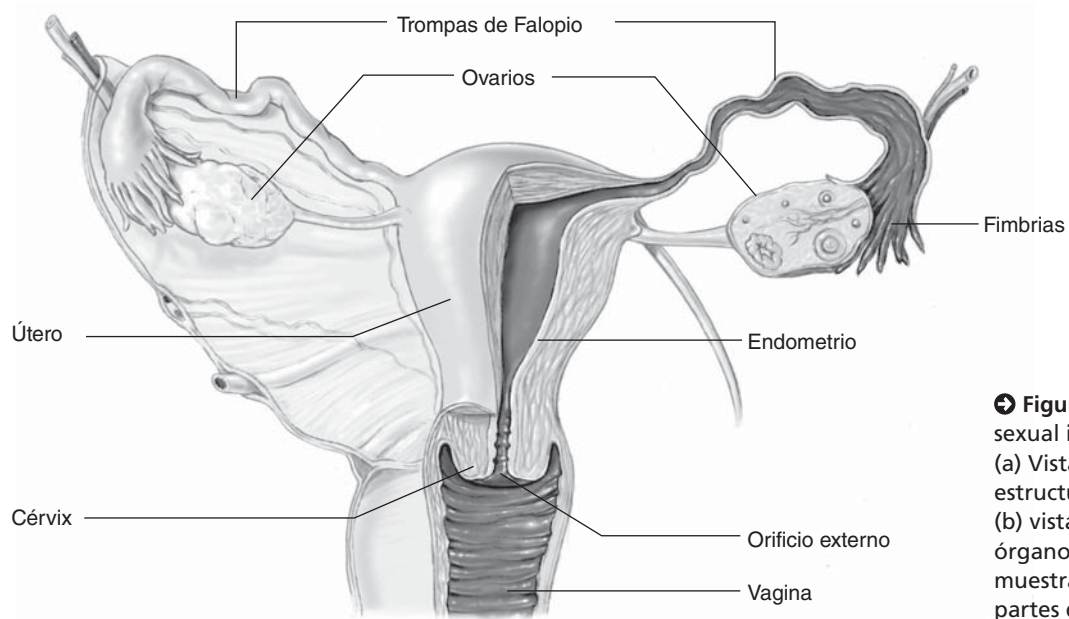
Con un espejo, los médicos les muestran la vagina mientras mantiene abiertas las paredes vaginales. A las que no estén familiarizadas con su anatomía les resultará difícil tratar de introducir un tampón en este órgano:

Vagina Conducto elástico de la mujer que se abre en la vulva y se extiende unos 10 cm hacia el interior de la pelvis.

Por mucho que me esforzaba, no podía introducir un tampón hasta que metí un dedo y me di cuenta de que la vagina se inclinaba hacia atrás. Había estado presionando hacia arriba en dirección de la pared superior. (Archivo de los autores.)



(a) **Vista lateral**



(b) **Vista frontal**

➡ **Figura 4.4** Anatomía sexual interna de la mujer: (a) Vista transversal de las estructuras internas; (b) vista frontal de los órganos internos. Se muestran seccionadas las partes de los ovarios, del útero y de la vagina.

En su estado normal la vagina mide aproximadamente de 7 a 12 cm de largo. A menudo se recurre a la analogía del guante para explicar que la vagina no es un espacio real sino virtual: sus paredes tienen la capacidad de expandirse lo suficiente para servir de canal del parto. Además, cambia de tamaño y de forma durante la excitación sexual, como veremos en el capítulo 6.

La vagina contiene tres capas de tejido: el mucoso, el muscular y el fibroso. Todas cuentan con abundantes vasos sanguíneos. La **mucosa** es la capa de membrana que

Mucosa Término colectivo que designa las membranas mucosas; tejido húmedo que recubre ciertas partes del cuerpo, como la uretra del pene, vagina y boca.

Rugosidades Pliegues de tejido en la vagina.

la mujer siente al insertar un dedo en la vagina. Las paredes plegadas, o **rugosidades**, son blandas, húmedas y calientes, semejantes al interior de la boca. En condiciones normales las paredes de la mucosa producen secreciones que ayudan a mantener el equilibrio químico de la vagina. Durante la excitación sexual, una sustancia lubricante sale a través de la mucosa.

La mayor parte de la segunda capa, compuesta de tejido muscular, está concentrada alrededor del orificio de la vagina.

Debido a la concentración de la musculatura en el tercio externo y a la capacidad expansiva de los dos tercios partes internas de la vagina, surge un problema que algunas veces es divertido y otras vergonzoso: durante ciertas posiciones de yoga, de coito o al pararse de manos con la pelvis elevada, la gravedad hace que las dos tercios partes internas se expandan e impulsen aire dentro de la vagina. Los músculos externos se contraen y el aire atrapado se expulsa a través de ellos, con lo que se produce un sonido que solemos asociar con otro orificio. Su sonido es similar a una flatulencia, pero sin un olor desagradable. La capa muscular está rodeada por la capa más interna de la vagina. Ésta se halla recubierta por tejido fibroso y colabora en la contracción y expansión de la vagina, por lo que sirve de tejido conectivo a otras estructuras de la cavidad pélvica.

Excitación y lubricación de la vagina

Hasta ahora hemos descrito aquí las partes de la anatomía sexual de la mujer, pero casi no nos hemos referido a su función. Explicaremos en seguida la lubricación por tratarse de un aspecto especial de la vagina. En el capítulo 6 abordaremos otras características de la excitación femenina.

Durante la excitación sexual, un líquido claro y resbaloso empieza a aparecer en la mucosa de la vagina entre 10 y 30 segundos después de comenzada una eficaz estimulación física o psicológica. Esta lubricación es resultado de la **vasocongestión** ocasionada por una extensa red de vasos sanguíneos en los tejidos que rodean la vagina hinchada de sangre. El líquido escurre de los tejidos congestionados hacia el interior de las paredes de este órgano, con lo que se forma el recubrimiento resbaloso que caracteriza a una vagina sexualmente excitada.

La lubricación cumple dos funciones. Primero, aumenta las probabilidades del embarazo, ya que contribuye a alcalinizar el equilibrio químico de la vagina, que es normalmente ácido. El nivel de pH pasa de 4.5 a 6.0-6.5 en ese momento (Meston, 2000). Los espermatozoides se desplazan más rápido y sobreviven más tiempo en un medio alcalino que en uno ácido. (El líquido seminal del varón favorece la alcalinización de la vagina.) Segundo, la lubricación puede intensificar el placer erótico. Con la estimulación manual de los genitales la humedad resbalosa aumenta la sensualidad y el placer de las caricias. Durante el sexo orogenital, a algunos hombres les gusta el olor y sabor eróticos de la lubricación. Durante el coito, la lubricación hace resbaladizas las paredes de la vagina, lo cual facilita la penetración del pene. Contribuye además a hacer placenteros los movimientos de empuje del coito. Sin una buena lubricación, la penetración y los empujes subsecuentes pueden ser dolorosos para la mujer y a menudo también para el hombre. Puede producirse irritación, así como pequeñas desgarraduras del tejido vaginal.

Una lubricación insuficiente de la vagina se remedia de varias formas, según la causa. Conviene modificar las circunstancias que causan la ansiedad y realizar una estimulación eficaz. Con el fin de aumentar la lubricación, puede usarse saliva, condones lubricantes o un gel hidrosoluble no irritante. En ocasiones habrá que administrar un tratamiento a base de hormonas. ■

El punto Grafenberg (G)

Es un área dentro de la pared anterior (o frontal) de la vagina, situada a 1 cm de la superficie cutánea y a un tercio o a la mitad del orificio vaginal. Está compuesta por un sistema de glándulas (glándulas de Skene) y de conductos que rodean la uretra.

Vasocongestión
Congestión de los vasos sanguíneos en determinadas partes del cuerpo en respuesta a la excitación sexual.



Salud sexual

Punto Grafenberg
Glándulas y conductos situados en la pared anterior de la vagina. Algunas mujeres sienten placer sexual, excitación, orgasmo y una eyaculación de fluidos al ser estimuladas en él.

Se considera el equivalente femenino de la glándula prostática, formada a partir del mismo tejido embrionario (Heath, 1984).

El punto Grafenberg ha despertado mucho interés porque en algunos experimentos se comprobó lo siguiente: ciertas mujeres experimentan excitación sexual, orgasmos y quizá hasta eyacuación al ser estimuladas en él (Darling y colaboradores, 1990), aunque algunas carecen de esa área de mayor sensación. En el capítulo 6 trataremos con mayor detalle este punto al hablar de la respuesta sexual de la mujer.

Secreciones vaginales y equilibrio químico de la vagina

Tanto las paredes de la vagina como el cérvix (estructura descrita en la página 100) producen secreciones blancas o amarillentas. Estas secreciones son normales y constituyen un signo de salud de la vagina. Su aspecto varía según los cambios de la concentración de hormonas durante el ciclo menstrual. (Dar seguimiento a esas variaciones es el fundamento de un método de control natal que estudiaremos en el capítulo 10.) El sabor y el olor de las secreciones pueden variar según la etapa del ciclo menstrual y el grado de excitación.

El equilibrio químico y bacteriano de la vagina contribuye a mantener la salud de la mucosa. En condiciones normales el balance es muy ácido (pH 4.5*, que equivale al del vino tinto [Angier, 1999]). Varios factores pueden alterarlo y ocasionar problemas de la vagina. Entre ellas cabe citar la **ducha** (enjuagar el interior de la vagina) y el uso de aerosoles para la higiene de la mujer. Una aclaración: la ducha *no* es necesaria para la higiene ordinaria y puede alterar el equilibrio químico natural de la vagina. Además, aumenta la vulnerabilidad a las infecciones y a otros riesgos de salud, si bien las mujeres creen que les ayuda a mantenerse sanas (Ness y colaboradores, 2003). En varias investigaciones se ha descubierto que acrecienta el riesgo de los siguientes problemas: enfermedad inflamatoria de la pelvis, endometriosis (afección que se explica en la página 106), transmisión del VIH, embarazo ectópico (que se describe en la página 101) y disminución de la fertilidad. Al tomar una ducha durante el embarazo crece la probabilidad de partos pretérmino (Cottrell, 2003). Los aerosoles para la higiene de la mujer pueden causar irritación, reacciones alérgicas, quemaduras, infecciones, dermatitis de los muslos y muchos otros problemas. De hecho, los desodorantes genitales en aerosol y los polvos para el cuerpo aumentan el riesgo de cáncer ovárico (Cook y colaboradores, 1997). Los tampones desodorantes son innecesarios: el líquido menstrual es prácticamente inodoro hasta que está fuera del cuerpo. Para lograr una higiene adecuada basta el baño ordinario con jabón suave y lavar los pliegues de la vulva.

La publicidad ha lucrado con la actitud negativa de algunas culturas frente a los órganos sexuales femeninos. Las mujeres crecen oyendo consignas o frases publicitarias como “Desafortunadamente el problema de olor más difícil de una chica no está debajo de sus pequeños y lindos brazos” o “Nuestro producto elimina la molesta y húmeda sensación que las mujeres sienten normalmente tan sólo por ser mujeres”.

Así pues, las norteamericanas gastan unos \$500 millones al año en duchas sin prescripción médica (Wolf y Kielwasser, 2003). Los grupos minoritarios y las mujeres



© George DeSota/Getty Images

En la obra teatral *Monólogos de la vagina*, de Eve Ensler, una mujer contesta la pregunta “¿Qué diría tu vagina si pudiese hablar?” Esta obra dio origen a un movimiento global, llamado *Día V*, para poner fin a la violencia contra mujeres y niñas.

Ducha Limpiar la vagina con agua o con varias soluciones. No es necesaria para la higiene y a menudo irrita la vagina.

* El pH es una medida de acidez o alcalinidad. Una sustancia neutral (ácida o alcalina) tiene un pH de 7. Un número menor indica una sustancia más ácida, y un número mayor, una sustancia más alcalina.



Saturn Stills/Photo Researchers, Inc.

Con el espéculo se abren las paredes del conducto de la vagina.

Cérvix Extremo pequeño del útero, situado en la parte posterior de la vagina.

Orificio externo Apertura del cérvix que conduce al interior del útero.

Espéculo Instrumento con el que se abren las paredes de la vagina durante una exploración ginecológica. Expande las paredes del conducto vaginal.

Útero Órgano en forma de pera situado dentro de la pelvis femenina, en cuyo interior se desarrolla el feto.

Perimetrio Membrana delgada que reviste la parte externa del útero.

Miometrio Capa de músculo liso de la pared del útero.

Endometrio Tejido que recubre el interior de la pared del útero.

Trompas de Falopio Dos tubos que se extienden de los lados del útero, por donde se desplazan el óvulo y los espermatozoides.

Fimbrias Extremos en forma de dedos de las trompas de Falopio donde penetra el óvulo liberado.

con desventajas tanto educativas como económicas son más vulnerables a esa información tendenciosa: las afroamericanas se duchan dos veces más que las mujeres de raza blanca; sin importar la etnia, las duchas son más frecuentes en las que tienen menor escolaridad e ingresos más bajos (Cottrell, 2003).

El cérvix

Situado en la parte posterior de la vagina, es una pequeña terminación del útero que tiene forma de pera (figura 4.4). Contiene glándulas secretoras de moco. Los espermatozoides cruzan la vagina hacia el útero a través del **orificio externo**, que se halla en el centro del cérvix.

Una mujer podrá verse el cérvix si aprende a introducir un **espéculo** en la vagina. También puede pedir un espejo cuando se haga la exploración de la pelvis. Sentirá el cérvix al introducir uno o dos dedos en la vagina al alcanzar el extremo del conducto. (A veces, al ponerse de cuclillas y ejercer presión hacia abajo acerca el cérvix a la entrada de la vagina.) El cérvix se siente como la punta de la nariz, firme y redonda, a diferencia de las paredes blandas de la vagina.

El útero

Llamado también *matriz*, es un órgano hueco, grueso y en forma de pera; mide aproximadamente 7 cm de largo y 5 cm de ancho en las mujeres que no hayan dado a luz. (A veces es un poco más grande tras un embarazo). Está suspendido en la cavidad pélvica por ligamentos; en diferentes mujeres adopta la posición *anteflexionada* (inclinado hacia el abdomen) o *retroflexionada* (inclinado hacia la espina dorsal). En el segundo caso la mujer sentirá dolor menstrual o resultará difícil colocarle un diafragma. Aunque antes se creía que esta posición hacía difícil la concepción, no dificulta la fertilidad.

Las paredes del útero constan de tres capas. La externa es una membrana delgada llamada **perimetrio**. La intermedia, el **miometrio**, se compone de fibras longitudinales y circulares que se entrecruzan como las de un cesto; eso permite al útero alargarse durante el embarazo y contraerse durante el trabajo de parto y el orgasmo. Las paredes del útero son especialmente gruesas en su parte superior, un área denominada *fondo*. El revestimiento interno del útero recibe el nombre de **endometrio**. Rico en vasos sanguíneos, nutre al *cigoto* (unión de espermatozoides y óvulo), que tras la fertilización desciende hacia el útero desde las trompas de Falopio. En preparación para ese proceso, el endometrio se engruesa ante los cambios hormonales que ocurren en el ciclo menstrual y que examinaremos más adelante en el capítulo correspondiente. El endometrio produce además hormonas.

Las trompas de Falopio

Con una longitud de 10 cm, las **trompas de Falopio** se extienden del útero hacia un ovario, a la izquierda o derecha de la cavidad pélvica (figura 4.4). Su extremo exterior tiene forma de embudo, con proyecciones que asemejan unos dedos o flecos que se denominan *fimbrias* y que se encuentran suspendidas sobre el ovario. Cuando un óvulo sale de éste, las **fimbrias** lo introducen en la trompa.

Una vez que está en el interior, los movimientos de los delgados cilios y las contracciones de las paredes de las trompas lo desplazan a una velocidad aproximada de 2.5 cm cada 24 horas. El óvulo permanece viable para la fertilización entre 24 y 48 horas. Por consiguiente, ésta ocurre mientras todavía está cerca del ovario. Con-

cluida la fertilización, el cigoto empieza a desarrollarse conforme sigue recorriendo la trompa hacia el útero.

Se produce un **embarazo ectópico** cuando el óvulo fertilizado se implanta sobre tejido fuera del útero, casi siempre en las trompas de Falopio (Ramakrishnan y Scheid, 2006). Este hecho puede ocasionar un desgarramiento de las trompas y provocar una hemorragia descontrolada, lo cual constituye una urgencia médica grave. Los síntomas más comunes del embarazo ectópico son dolor abdominal y manchas de sangre que ocurren de seis a ocho semanas después del último periodo menstrual. Un embarazo ectópico puede detectarse a través de pruebas diagnósticas, y para su tratamiento se emplean procedimientos médicos y quirúrgicos (Scott, 2006).

Embarazo ectópico El que ocurre cuando un óvulo fertilizado se implanta fuera del útero, generalmente en una de las trompas de Falopio.

Los ovarios

Los dos **ovarios**, cuyo tamaño y forma es parecido al de unas almendras, se hallan en el extremo de las trompas de Falopio, uno a cada lado del útero. Están conectados a la pared pélvica y al útero por medio de ligamentos. Son glándulas endocrinas que producen tres clases de hormonas sexuales. El estrógeno, como mencionamos en el capítulo 3, influye en el desarrollo de las características sexuales físicas de la mujer y contribuye a regular el ciclo menstrual. También los compuestos de progesterona ayudan a regular el ciclo menstrual, además de que impulsan la madurez del revestimiento uterino en preparación para el embarazo. Los ovarios generan casi la mitad de la testosterona de la mujer (Lemonick, 2004). Hacia el inicio de la pubertad, las hormonas sexuales intervienen de modo decisivo en la maduración del útero, los ovarios y la vagina, así como en el desarrollo de las características sexuales secundarias, entre ellas el vello púbico y los senos.

Los ovarios contienen cerca de un millón de óvulos inmaduros al momento del nacimiento y de 400 000 a 500 000 en la menarquía (Federman, 2006). En los años que transcurren entre la pubertad y la menopausia, cada uno de ellos libera un óvulo en cada ciclo menstrual. Sólo 400 llegarán a la plena madurez durante los años reproductivos (Macklon y Fauser, 2000). La **ovulación**, o maduración y liberación de los óvulos, se produce a raíz de una compleja red de procesos que reciben el nombre de *ciclo menstrual* y que trataremos en la siguiente sección.

Ovarios Gónadas femeninas que producen óvulos y hormonas sexuales.

Ovulación Liberación de un óvulo maduro desde el ovario.

Menstruación

La **menstruación** es el desprendimiento del revestimiento uterino que tiene lugar si no ocurre la concepción y es una señal de función física normal. Las actitudes negativas al respecto persisten en el mundo moderno, pero las jóvenes suelen tener una postura más positiva que las generaciones anteriores (Maravan y colaboradores, 2005).

Menstruación Desprendimiento del revestimiento uterino acumulado que se efectúa cuando no se produjo la concepción.

Actitudes ante la menstruación

Las costumbres de los estadounidenses reflejan ideas interesantes sobre la menstruación y hacen surgir la pregunta sobre si las creencias negativas con respecto a ella buscan limitar a las mujeres y reforzar su condición social de inferioridad (Forbes y colaboradores, 2003). He aquí tres mitos: pensar que durante la menstruación la actividad física daña a la mujer; que si toca un ramillete de flores hará que se marchite, y que durante ese periodo puede desprenderse alguna obturación dental (Milow, 1983). Los judíos ortodoxos contemporáneos siguen la enseñanza bíblica con respecto al contacto sexual: “Y si una mujer tiene emisiones, y si las emisiones o fluidos de su cuerpo fueren de sangre, habrá de aislarse por siete días: y quienquiera que la toque será impuro por el mismo lapso de tiempo” (*Levítico*, 15:19). La práctica judía ortodoxa prescinde de la actividad sexual hasta que se realiza el baño ritual de puri-



© Bettmann/Corbis

Las indias de Estados Unidos se retiran a cabañas especiales cuando están menstruando.



Palabras para consultar en InfoTrac

● Menstruación



Pensamiento crítico

¿Qué mensajes referentes a la menstruación observa en la publicidad y en los programas de televisión?

ficación al final del periodo. Esta continencia mensual tiene por objeto mantener fuerte el deseo sexual entre la pareja (Rothbaum y Jackson, 1990).

A menudo el significado de los rituales menstruales son ambiguos en otras culturas, y no conocemos bien la importancia de los tabúes. En algunas sociedades se aísla a la mujer en una “cabaña menstrual”. Los investigadores rara vez preguntan el significado y las experiencias que se viven allí: ¿la mujer se siente enojada y menospreciada, u honrada y agradecida por interrumpir sus quehaceres normales? Informes dispersos indican una gran variabilidad; es muy frecuente el significado positivo. Las costumbres ofrecen a la mujer un medio de solidaridad, de influencia y autonomía. Por ejemplo, en algunas tradiciones de los indios norteamericanos se cree que alcanza su mayor poder durante la menstruación. Se retira a una “cabaña lunar” para liberarse de las actividades mundanas. El flujo de sangre la purifica y le permite enriquecerse espiritualmente en beneficio de la comunidad. Entre la mayoría de las tribus norteamericanas se celebra la primera menstruación (Angier, 1999; Owen, 1993). Entre los incas, el flujo simbolizaba la transformación en adulto: los niños sangraban cuando los ancianos les perforaban las orejas e introducían grandes carretes como parte del ritual de la mayoría de edad (Wiesner-Hanks, 2000).

En unas cuantas culturas la menstruación se describe con palabras líricas e imágenes positivas. Así, la primera menstruación se expresa en japonés como “el año en que se divide el melón”, y en una descripción de la India Oriental se dice que “es la flor que crece en la casa del dios del amor” (Delaney y colaboradores, 1976). En algunas familias modernas hindúes y musulmanas de la India se lleva a cabo una ceremonia religiosa después de que una joven ha comenzado a menstruar (Marvan y colaboradores, 2006).

A pesar de los mitos y las actitudes sociales negativas, la mayoría de las mujeres asocia los ciclos regulares con un funcionamiento y feminidad normales. Más aún, la investigación revela lo siguiente: las que mantienen una actitud positiva y se sienten cómodas con la menstruación tienden menos a correr riesgos sexuales y a sentirse más contentas con su cuerpo y con su asertividad sexual que las que tienen una actitud negativa (Schooler, 2005). Además, las que habían tenido sexo con su pareja durante los periodos se sentían sumamente cómodas al menstruar y se excitaban más con las actividades eróticas (Rempel y Baumgartner, 2003).

Algunas mujeres y familias empiezan a redefinir la menstruación desde un punto de vista más positivo. Así, algunas realizan una celebración u obsequian un regalo a la joven una vez concluido su primer periodo (Kissling, 2002). Un aspecto de la menstruación que parece positivo a muchos es su naturaleza cíclica, que caracteriza a tantos fenómenos naturales.

La poetisa May Sarton describe la analogía entre el ciclo menstrual y la naturaleza en el siguiente poema de 1937:*

*Había semillas
en su interior
que brotaban a intervalos
y por un momento
regresaría ella
a la pesadez,*

*y luego un maravilloso milagro
de sangre
relajante y reidentifícate,
cada vez más en contacto
con el palpitante de la vida.*

* “She Shall Be Called Woman’s, Part 5”, tomado de *Collected Poems 1930-1993*, de May Sarton. Copyright © 1993, 1998, 1984, 1980, 1974, por May Sarton. Reimpreso con autorización de W. W. Norton & Company, Inc.

Menarquia

El ciclo menstrual suele comenzar en la adolescencia —entre los 11 y los 15 años—, aunque empieza antes o después en algunos casos. Al primer sangrado se le da el nombre de **menarquia**. Ese momento parece relacionarse con la herencia, el estado general de salud y la altitud (la menarquia promedio comienza antes a altitudes más bajas) y ocurre junto con otros cambios del tamaño y desarrollo del cuerpo (Forbes, 1992). Los ciclos menstruales terminan en la menopausia, que en la generalidad de los casos comienza entre los 45 y 55 años de edad. Las diferencias de edad de la menarquia preocupan a las jóvenes, especialmente a las que empiezan antes o después de la norma. Muchas jóvenes, y también muchos jóvenes no conocen bien los procesos y cambios que acompañan el comienzo de la menstruación; la falta de conocimiento ocasiona a veces confusión y aprensión.

Menarquia Inicio del primer periodo menstrual en una joven.

Fisiología de la menstruación

Durante el ciclo menstrual el revestimiento del útero se prepara para la implantación de un óvulo fertilizado. Si no se realiza la concepción, el revestimiento se desprende y se expulsa en forma de flujo menstrual. La duración del ciclo suele calcularse del primer día de flujo al día antes del siguiente. El periodo suele tomar de dos a seis días. Es normal que varíe su volumen (de 6 a 8 onzas). La duración del ciclo fluctúa de una mujer a otra y puede prolongarse de 24 a 42 días; una fertilidad más alta puede relacionarse con la duración. En un estudio se descubrió el siguiente dato: las mujeres que menstruaban cada 30 a 31 días presentaban un índice más elevado de embarazos que las de ciclos más cortos o largos (Small y colaboradores, 2006). (Ello *no* significa que estas últimas estén protegidas contra el embarazo.)

Prescindiendo de la duración total del ciclo, el intervalo entre la ovulación y el comienzo de la menstruación es de 14 días, aun cuando haya una diferencia de semanas en la duración total, como se muestra en la **figura 4.5**. Algunas mujeres al ovular sufren punzadas, cólicos o presión en la parte inferior del abdomen. Este dolor moderado se debe a la inflamación y desprendimiento del folículo o a un poco de líquido o sangre procedente del folículo roto que irriga el revestimiento sensible del abdomen. El óvulo liberado se dirige hacia las trompas de Falopio. En ocasiones se liberan varios. Si se fertilizan dos de ellos, se concebirán gemelos no idénticos. Y se concebirán gemelos idénticos cuando un óvulo es fertilizado y luego se divide en dos cigotos.

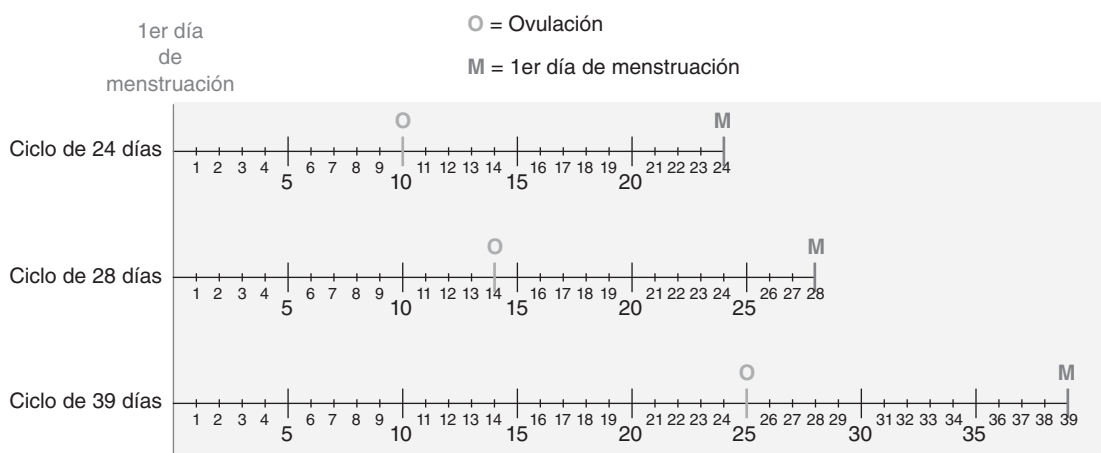


Figura 4.5 Periodo de ovulación y duración del ciclo. Cualquiera que sea la duración, la ovulación ocurre 14 días antes de menstruar.

Hacia el tiempo de la ovulación aumenta la secreción del moco cervical a causa de una mayor concentración de estrógeno. También el moco cambia, se vuelve más claro, resbaladizo y elástico. Su pH es más alcalino, y como se señaló antes, este tipo de ambiente de la vagina favorece la motilidad y longevidad de los espermatozoides. Es el momento del ciclo en que hay mayores probabilidades de embarazo.

Sincronía menstrual

Sincronía menstrual
Ciclos simultáneos que a veces se dan entre mujeres que viven en estrecha contigüidad.

Este fenómeno tan interesante se observa a veces entre las mujeres que viven juntas y que mantienen un contacto estrecho. Crean ciclos menstruales semejantes (Cutler, 1999). Se desconoce la función de éstos, pero se conjetura que el sentido del olfato es el factor desencadenante.

Con el fin de probar esta hipótesis, los investigadores hicieron que un grupo de mujeres participantes en el experimento se limpiaran los labios mayores con una torunda que contenía extracto del sudor de otra mujer, o bien con alcohol. Al cabo de tres ciclos menstruales, 80% de las que habían recibido el extracto de sudor menstruaban al mismo tiempo que las donadoras. El grupo de control no presentó cambios en el ciclo menstrual (Cutler y colaboradores, 1986).

El ciclo menstrual

Está regulado por complejas relaciones entre el hipotálamo y varias glándulas endocrinas: hipófisis, glándulas suprarrenales, ovario y útero. El hipotálamo controla los niveles de las hormonas en la corriente sanguínea a lo largo del ciclo, liberando sustancias químicas que lo estimulan para que produzca dos hormonas que influyen en los ovarios: la **hormona estimulante de los folículos** (FSH, por sus siglas en inglés) y la **hormona luteinizante** (LH, por sus siglas en inglés). La primera estimula los ovarios para que produzcan estrógeno y además hace que algunos óvulos maduren en los folículos (sacos pequeños) dentro de ellos. Bajo la acción de la segunda hormona los ovarios liberan un óvulo maduro, y asimismo estimulan la génesis del **cuerpo amarillo** (porción del folículo que permanece después de liberado el óvulo maduro), que produce progesterona.

El ciclo menstrual es un proceso autorregulado y dinámico. Se secretan las hormonas hasta que el órgano sobre el que opera cada una es estimulado: en ese momento éste libera una sustancia que reingresa al sistema para aminorar la actividad hormonal en la glándula desencadenante. El *sistema de retroalimentación negativa* suministra un control interno que regula la fluctuación de las hormonas durante las tres fases del ciclo menstrual.

Actividad sexual y ciclo menstrual

En varias investigaciones se ha intentado averiguar si el ciclo influye en el interés sexual. Los resultados incluyen desde ningún cambio hasta un mayor interés en el momento de la ovulación, durante la menstruación o pocos días antes de ésta. A fin de controlar las variables externas (uso de anticonceptivos, miedo a embarazarse e influencia de los varones), un grupo examinó la relación entre la fase del ciclo y la respuesta y actividad sexual en una muestra de lesbianas. La frecuencia de actividad iniciada por la pareja y la autoiniciada aumentó en la mitad del ciclo, lo mismo que el orgasmo; pero las ideas y fantasías eróticas alcanzaron su frecuencia más elevada en los primeros tres días después de que comenzaron a menstruar (Matteo y Rissman, 1984). Al parecer, se da una gran variación individual.

A menudo las parejas se abstienen de la actividad sexual y del coito durante la menstruación (Barnhart y colaboradores, 1995). Muchas parejas los evitan, aunque desde el punto de vista médico no hay motivos para hacerlo (salvo en caso de sangrado excesivo o de otros problemas menstruales). Y ello obedece a diversas razones. El deseo o placer erótico disminuyen ante los síntomas físicos de sensibilidad de los senos, y el sangrado puede inhibir las caricias preliminares. Otro factor son las creen-

Hormona estimulante de los folículos (FSH)

Hormona hipofisiaria segregada por una mujer durante la fase secretoria del ciclo menstrual. Estimula el crecimiento de los folículos del ovario. En los varones estimula la producción de espermatozoides.

Hormona luteinizante (LH) Hormona segregada por la glándula hipofisiaria que estimula la ovulación en las mujeres. En el hombre recibe el nombre de *hormona de células intersticiales* y estimula la producción de andrógenos por los testículos.

Cuerpo lúteo o amarillo

Cuerpo amarillento que se forma sobre el ovario en el sitio de rotura de los folículos y que segrega progesterona.

cias religiosas. Algunas mujeres y hombres se abstienen por una vergüenza de origen cultural. En estos y otros casos disponen todavía de otras opciones.

Cuando tengo mi periodo, dejo el tampón y el cordón adentro. Mi esposo y yo nos estimulamos manual y oralmente; ¡nos divertimos muchísimo! (Archivos de los autores.)

Algunas mujeres utilizan un diafragma o capuchón cervical para retener el flujo menstrual durante el coito. El orgasmo alcanzado por medio de cualquier estimulación es de gran ayuda para ella. A menudo las contracciones uterinas y la vasocongestión aminoran el dolor de espalda, la sensación de inflamación pélvica y los cólicos.

Problemas del ciclo menstrual

En general las mujeres presentan un cambio físico, una variación de estado de ánimo o ambas cosas. Muchas veces se trata de cambios menores; otras veces los síntomas interfieren en su vida normal (Nelson, 2006). En ocasiones se intensifica el estado de ánimo positivo durante la ovulación o la menstruación (McFarlane y colaboradores, 1988). La cultura popular, tal como se refleja en los medios, tiende a adoptar una perspectiva negativa ante el ciclo menstrual, en particular ante el síndrome premenstrual. Según un análisis de 78 artículos de revista, la perpetuación del estereotipo de una mujer inadaptada incluye 131 síntomas. Entre los títulos figuran estos dos: “El momento de la fierecilla que lleva adentro” y “El frenesí premenstrual” (Chrisler y Levy, 1990). La mayor parte de las investigaciones científicas se concentra en los efectos negativos. Pero en una investigación se compararon las respuestas al *Cuestionario de gozo menstrual* con las de un instrumento de uso frecuente: *Cuestionario del malestar menstrual*. Las preguntas del primero sobre cualidades como aumento del deseo sexual, buen ánimo, sentimiento de afecto y seguridad en sí misma lograron que más tarde se obtuvieran actitudes más positivas y menos síntomas negativos relacionados con la menstruación. ¿La conclusión? La forma de presentar este hecho en las investigaciones y en la cultura popular influye en las ideas de la mujer sobre el ciclo menstrual (Chrisler y colaboradores, 1994).

Síndrome premenstrual

Es una expresión global con que se designa una multitud de síntomas físicos y psicológicos que pueden presentarse antes del periodo. Se incluyen no menos de 200 síntomas premenstruales en la bibliografía médica y de investigación (O'Brien y colaboradores, 2000). Entre los síntomas comunes se encuentran: sensación de llenura, hinchazón de los senos y dolor. (Las capas adiposas de la cintura y de los muslos se vuelven más gruesas antes de menstruar; de ahí el síndrome llamado *jeans apretados* [Pearson, 2000].) He aquí algunos síntomas psicológicos: irritabilidad, tensión, depresión, fluctuación del estado de ánimo y la sensación de que se ha perdido el control de las emociones. Algunos de ellos pueden deteriorar una relación estrecha y favorecer conflictos y alejamiento (Pearlstein y colaboradores, 2000).

Aproximadamente entre 80 y 95% de las mujeres sienten un ligero malestar antes de menstruar, y apenas 5% no presenta tales síntomas. El 5% muestra síntomas lo bastante severos como para diagnosticarles el **trastorno disfórico premenstrual**, capaz de influir de modo significativo en su vida normal (Steiner y colaboradores, 2006).

No se conocen las causas de ambos problemas (Girman y colaboradores, 2003). En los experimentos controlados mediante placebos se comprobó que algunos medicamentos como los SSRI, administrados en casos de depresión, alivian los síntomas físicos y psicológicos, y además mejoran la calidad de vida y el funcionamiento interpersonal (Steiner y colaboradores, 2006). Los anticonceptivos por vía oral también son de gran ayuda (Doheny, 2006).

Síndrome premenstrual (PMS) Síntomas de malestar físico e irritabilidad emocional que ocurren entre 2 y 12 días antes de menstruar.



Palabras para consultar en InfoTrac

- TDPM (Trastorno disfórico premenstrual)

Trastorno disfórico premenstrual Síntomas premenstruales lo bastante severos como para alterar de modo significativo el funcionamiento de una mujer.

Dismenorrea Dolor o malestar antes de la menstruación o durante ella.

Prostaglandinas Sustancias químicas que hacen contraer los músculos del útero.

Endometriosis Problema por el cual el tejido del útero crece en varias partes de la cavidad abdominal.

Amenorrea Ausencia de menstruación.

Dismenorrea

Es el nombre asignado a la menstruación dolorosa. La *dismenorrea primaria* ocurre durante la menstruación y suele deberse a una producción excesiva de **prostaglandinas**, sustancias químicas que hacen que se contraigan los músculos del útero. Esta clase de problemas suele manifestarse al iniciar la menstruación en la adolescencia. Casi siempre los síntomas se vuelven evidentes durante los primeros días del periodo, e incluyen dolor abdominal, cólicos o ambos. En algunos casos hay náuseas, vómitos, diarrea, cefalea, mareos, fatiga, irritabilidad o nerviosismo.

La *dismenorrea secundaria* aparece antes de la menstruación o durante ella; se caracteriza por dolor constante —y a menudo espasmódico— en la parte inferior del abdomen, que se extiende a la espalda y los muslos. Los síntomas se parecen a los de la dismenorrea primaria, sin que se deban a las prostaglandinas. Entre las causas posibles se encuentran la presencia de un dispositivo intrauterino, inflamación de la pelvis (infección crónica de los órganos reproductores), tumores benignos del útero, obstrucción del orificio cervical y la **endometriosis**. Esta última, que afecta a 15% de las mujeres premenopáusicas (incluidas las adolescentes), ocurre cuando un tejido similar al endometrial se implanta en la cavidad abdominal. A menudo se adhiere a otros tejidos de la cavidad pélvica, con lo que se reduce la movilidad de las estructuras internas y se saturan de sangre durante la fase proliferativa. Entonces, junto con las adherencias, puede ocasionar una menstruación dolorosa, malestares en la parte inferior de la espalda y dolor al tacto y con el movimiento del coito. El tratamiento adecuado empezará una vez que haya sido diagnosticada la causa de la dismenorrea secundaria (Propst y Laufer, 1999).

Amenorrea

Este problema —literalmente, ausencia de menstruación— es muy frecuente, junto con el malestar o dolor. Existen dos tipos de amenorrea: primaria y secundaria. La *amenorrea primaria* es la imposibilidad de empezar a menstruar en la pubertad. Se debe a problemas de los órganos reproductores, desequilibrios hormonales, enfermedad o himen no perforado. La *amenorrea secundaria* consiste en la alteración de un ciclo ya establecido, con ausencia de menstruación durante tres meses o más. Es normal durante el embarazo y la lactancia. También es común en mujeres que acaban de empezar a menstruar y en las que se acercan a la menopausia. A veces las que interrumpen la ingestión de píldoras anticonceptivos no menstrúan durante meses, pero suele tratarse de un problema temporal que se resuelve de modo espontáneo.

La amenorrea es más común entre las atletas que entre la población general (Colino, 2006). Esas mujeres muestran asimismo una disminución en la concentración de estrógenos. Ello entraña el riesgo de sufrir serios problemas de salud —menor densidad de minerales óseos por ejemplo— con una mayor frecuencia de fracturas y atrofia del tejido genital. La amenorrea de las atletas puede invertirse si se mejora la dieta, se aumenta de peso y en algunos casos si se reduce la intensidad del entrenamiento (Epp, 1997). Los esteroides anabólicos con que se intenta mejorar el desempeño causarán amenorrea, entre otros efectos secundarios más peligrosos (Kuipers, 1988). La amenorrea también puede tener su origen en problemas médicos u hormonales (Hagan y Knott, 1998; Stener-Victorin y colaboradores, 2000). En los casos de *anorexia nerviosa*, trastorno de la alimentación que se acompaña de una gran pérdida de peso, con frecuencia desaparece la menstruación debido a las alteraciones hormonales causadas por la inadecuada ingesta (Ghizzani y Montomoli, 2000).

Algunas veces la amenorrea planeada tiene efectos positivos; las mujeres prefieren no menstruar en su luna de miel, cuando van de campamento, cuando nadan en un torneo y en muchas otras ocasiones. Desde que se descubrió la píldora anticonceptiva por vía oral, muchas dejan de tomar las últimas siete que no tienen ningún efecto y abren un nuevo paquete a fin de omitir un periodo (Miller, 2001). En 2003 se lanzó al mercado Seasonale, una píldora diseñada para que haya sólo cuatro periodos al año (Kalb, 2003a).



Autoayuda para los problemas menstruales

Las mujeres pueden aliviar mediante acciones propias algunos de los síntomas incómodos que se manifiestan antes y durante la menstruación. Un ejercicio moderado a lo largo del mes, así como una dieta adecuada pueden contribuir a atenuar las dificultades menstruales (Stearns, 2001). Por ejemplo: el aumento de líquidos y de fibra disminuye el estreñimiento que suele ocurrir antes de la menstruación y durante ella. También la inflamación y la sensación de plenitud ocasionadas por la retención de agua aminoran al reducirse la ingestión de sal y al abstenerse de consumir alimentos muy salados (aderezos de ensalada, papas fritas, tocino, pepinillos, por mencionar algunos). Para reducir los cólicos y la distensión se puede recurrir a suplementos alimenticios, tales como el calcio, magnesio, vitaminas B, y 200 UI de vitamina E dos veces al día (Gaby, 2005; Girman y colaboradores, 2003). Por lo regular, los anticonceptivos por la vía oral disminuyen los cólicos menstruales y la cantidad de flujo; hay mujeres que los ingieren exclusivamente por tales razones (Nelson, 2006).

Si una mujer sufre dolor menstrual, quizá convenga que lleve un diario para anotar los síntomas, tensiones y hábitos cotidianos, como ejercicio, dieta y horas de sueño. Posiblemente detecte una relación entre los síntomas y los hábitos, de manera que pueda modificar sus actividades. La información será útil para llegar a un diagnóstico específico en caso de que consulte a un profesional de la salud. Si advierte alteraciones en su ciclo que duren tres meses, debería acudir al médico (Colino, 2006). ■

Síndrome de choque tóxico

En mayo de 1980 los Centros para el Control de Enfermedades en Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés) publicaron el primer informe sobre este síndrome en las mujeres que menstrúan. He aquí los síntomas, que provienen de las toxinas producidas por la bacteria *Staphylococcus aureus*: fiebre, dolor de garganta, náuseas, vómitos, diarrea, enrojecimiento de la piel, mareos e hipotensión arterial (Hanrahan, 1994). Debido al avance tan acelerado del síndrome y a la posibilidad de deceso, la persona afectada deberá consultar a un médico de inmediato.

El síndrome de choque tóxico es poco frecuente, y el número de casos registrados ha decrecido de manera drástica desde que alcanzó su punto más alto en 1980, probablemente porque se retiraron del mercado los tampones muy absorbentes (Pettiti y Reingold, 1988). Se han publicado directrices que ayudan a prevenirlo. Entre otras cosas, se recomienda utilizar toallas sanitarias en vez de tampones. Si alguien desea seguir usándolos, conviene que sean los normales y no los superabsorbentes, que los cambie tres o cuatro veces a lo largo del día y que por algún tiempo utilice toallitas las 24 horas del día mientras continúe el flujo menstrual.

Síndrome de choque

tóxico Enfermedad que se presenta sobre todo en las mujeres que menstrúan y que puede ocasionarles un shock.

Menopausia

El término **climaterio** designa los cambios fisiológicos que tienen lugar en ambos sexos durante la transición de la fertilidad a la infertilidad. En la mujer, hacia los 40 años de edad, los ovarios empiezan a disminuir la producción de estrógenos. Se da el nombre de **perimenopausia** a este periodo antes de que se interrumpa por completo la menstruación; en ocasiones se prolonga hasta 10 años. La menstruación prosigue pero los ciclos se vuelven irregulares, con sangrado fluctuante y ausente o copioso al irse acercando la menopausia (Bastian y colaboradores, 2003). Hasta 90% de las mujeres sufre una alteración en los patrones menstruales y en la respuesta sexual a lo largo de la perimenopausia. A los 40 años el nivel de testosterona circulante en una mujer se reduce a la mitad de cuando tenía 20 años; tal vez esté indicado administrar un suplemento (S. Davis, 2000). En algunos casos se presentan síntomas similares a los que se describen en la siguiente sección dedicada a la menopausia (Torpy, 2003). Se prescriben a veces píldoras anticonceptivas en dosis bajas, cuyo fin es aliviar los síntomas y prevenir la pérdida ósea (Seibert y colaboradores, 2003).

Climaterio

Cambios fisiológicos que se producen en ambos sexos durante el periodo de transición de la fertilidad a la infertilidad.

Perimenopausia

Periodo que antecede a la menopausia, cuando empieza a descender el nivel de estrógenos.

Menopausia Cese de la menstruación a causa del envejecimiento o de la extirpación quirúrgica de los ovarios.



Palabras para consultar en InfoTrac

● Menopausia

La **menopausia**, uno de los procesos del climaterio femenino, es la interrupción definitiva de la menstruación. Se origina en ciertos cambios fisiológicos y tiene lugar a una edad promedio de 51, aunque también puede presentarse de los 30 a los 40 años, e incluso hasta los 60 (Andrews, 2006). Cerca de 10% de las mujeres llega a la menopausia a los 45 años de edad (Speroff y Fritz, 2005). He aquí los resultados de la investigación: las mujeres en las que la menopausia ocurre más temprano fuman, empezaron a menstruar a los 11 años, tuvieron ciclos más cortos, menos embarazos y un uso menos prologando de anticonceptivos orales que las que empezaron más tarde (Palmer y colaboradores, 2003).

El público general y la comunidad médica han empezado a mostrar mayor interés en la menopausia debido al considerable aumento de mujeres que viven muchos años después de que ésta ocurre. En 1900 la esperanza promedio de vida de las norteamericanas era de 51 años. Hoy es de 82 años. Casi 42 millones de las mujeres que viven en Estados Unidos tienen más de 50 años (Watt y colaboradores, 2003). En 2020 habrá 60 millones de posmenopáusicas. El dato significa que a ese periodo corresponderá la segunda mitad de su vida, así que la menopausia puede verse como el ingreso a una segunda adultez (Brewster y colaboradores, 1999). Los signos indican que la generación de los llamados *baby boomers* (aquellos nacidos en Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial) impulsará al sistema de salud pública a encarar dicho fenómeno con mayor seriedad que hasta ahora (Hudson, 2006).

La menopausia es una experiencia sumamente variable entre las mujeres. Algunas presentan pocos síntomas físicos fuera del cese de la menstruación. Para ellas se trata de un proceso sorprendentemente tranquilo.

Luego de que durante años oí comentarios sobre lo traumático de la menopausia, estaba preparada para lo peor. Me sentí muy sorprendida al darme cuenta de que apenas me percataba de lo que estaba sucediendo. (Archivo de los autores.)

Además, la mayoría se siente aliviada porque ya no tiene que preocuparse por el embarazo, la anticoncepción ni la menstruación. Y por lo mismo siente mayor libertad en la intimidad sexual (Andrews, 2006).

Sin embargo, para muchas la menopausia supone síntomas que pueden fluctuar de leves a graves (Pinkerton y Zion, 2006). Los más importantes ocurren dos años antes y dos años después del último periodo. Los sofocos o “bochornos” incluyen desde una ligera sensación de acaloramiento hasta la de un calor intenso y sudoración abundante, especialmente en el pecho, el cuello y la cara. Un acceso fuerte puede empapar la ropa o las sábanas durante la transpiración. Los episodios suelen durar de uno a cinco minutos. Ocurren varias veces al día y en el sueño. Cerca de 75% de las mujeres los sufren; las fumadoras los padecen con mayor frecuencia que el resto de la población femenina (C. Shaw, 1997; Staropoli y colaboradores, 1997). Por razones que no conocemos, los accesos de calor son más frecuentes en las afroamericanas y su recurrencia es menor en las mujeres de origen asiático que en las de otros grupos étnicos y raciales (Avis y colaboradores, 2001). Los investigadores llevan más de 30 años indagando este fenómeno y todavía no descubren la causa (Schatz y Robb-Nicholson, 2006).

Otros síntomas pueden afectar mucho la vida diaria de la mujer e indirectamente su sexualidad (Dennerstein y Goldstein, 2005). El adelgazamiento de las paredes vaginales y la falta de lubricación por la declinación estrogénica pueden volver molesto o doloroso el coito (Goldstein y Alexander, 2005). El insomnio aumenta durante la menopausia y puede ocasionar fatiga e irritabilidad durante el día (Kantrowitz, 2006). Los síntomas de la menopausia son: mareos, problemas de equilibrio, disminución del placer al tacto, comezón o escozor, sensibilidad a la ropa o al tacto, entumecimiento u hormigueo en piernas y manos. Además, la deficiencia de estrógenos puede provocar

cefaleas fuertes, amnesia de corto plazo, dificultad para concentrarse y aumento de la ansiedad (Richards y colaboradores, 2006). A veces también sobreviene la depresión a causa de otros síntomas molestos o de alteraciones hormonales (Cohen y colaboradores, 2006; Freeman y colaboradores, 2006).

Terapia hormonal

Esta terapia, cuya abreviatura es **TH***, consiste en administrar un suplemento de hormonas, estrógenos, progesterona y testosterona, a fin de aliviar los problemas que surgen al disminuir su producción natural durante el climaterio femenino. También las mujeres más jóvenes que presentan deficiencia de hormonas tras la extirpación de los ovarios emplean a menudo este tratamiento. En la **tabla 4.1** se resumen los beneficios y riesgos que entraña.

Las hormonas que se usan provienen de tres fuentes principales. Los estrógenos y la testosterona se obtienen de plantas o se elaboran a partir de sustancias sintéticas, algunas de las cuales son bioidénticas al estrógeno humano (o sea, tienen la misma estructura química). La testosterona se produce con sustancias sintéticas. El estrógeno con mayor demanda en Estados Unidos, el estrógeno equino conjugado, se obtiene de la orina de yeguas preñadas. Algunos se oponen a su uso por el tratamiento a que las yeguas y los potros son sometidos para extraer la orina (Love y Rochman, 2006). El estrógeno equino que se emplea en productos como Premarin (estrógeno solamente) y Prempro (estrógeno y progesterona) no es bioidéntico al humano, además de que contiene impurezas de propiedades médicas desconocidas (Food and Drug Administration, 1997). Pese a ello, se emplea en las investigaciones sobre la terapia hormonal en Estados Unidos (Love y Rochman, 2006).

Terapia hormonal (TH)

Uso de suplemento de hormonas durante la menopausia y después de ella o tras la extirpación quirúrgica de los ovarios.

TABLA 4.1

Beneficios y riesgos de la terapia hormonal

Hormona	Beneficios	Problemas
Estrógeno	Conserva el grosor y la vascularidad del tejido de la uretra y de la vagina para facilitar la comodidad y la lubricación durante la interacción sexual. Ayuda a prevenir problemas de las vías urinarias. Aminora los "bochornos" y el insomnio ocasionados por la sudoración nocturna. Protege contra osteoporosis (pérdida anormal de hueso) y contra las fracturas resultantes, sobre todo en la cadera. Puede proteger contra cardiopatías. Reduce el riesgo de cáncer de colon y de la enfermedad de Alzheimer.	Aumenta la frecuencia de cáncer del endometrio, de los ovarios y de los senos. Aumenta el riesgo de coágulos sanguíneos.
Progesterona	Elimina el aumento de cáncer del endometrio y de los ovarios causado por estrógenos.	Modifica el tipo de lípidos en la corriente sanguínea y acrecienta el riesgo de enfermedad cardiovascular. Aumenta la frecuencia de cáncer mamario.
Testosterona	Ayuda a conservar o recobrar el interés sexual. Aumenta la energía general.	Uno de los efectos secundarios es un mayor crecimiento del vello y del acné.

Fuente: Speroff y Fritz (2005).

* También se utiliza comúnmente la abreviatura **TRH** (terapia de remplazamiento hormonal). Antaño el tratamiento con hormonas tenía por objeto restituir los niveles hormonales posteriores de la menopausia a los anteriores. Hoy se administra la dosis más pequeña que alivie los síntomas.

Controversia en las investigaciones de la terapia hormonal

Administrar o no este tratamiento constituye una de las decisiones más difíciles que ha de tomar una mujer. Pocos temas de la medicina ofrecen tantos altibajos y controversias como la terapia hormonal de la menopausia, a pesar de más de 50 años de trabajos publicados (Hudson, 2006). Los aspectos más contradictorios y ambiguos se refieren a la cardiopatía y al cáncer mamario.

En lo tocante a la cardiopatía, se ha comprobado en general que el estrógeno disminuye considerablemente el riesgo de problemas cardiovasculares en la mujer. No obstante, en 2002 la investigación Women's Health Initiative (WHI) aportó pruebas de que el riesgo aumentaba con la terapia hormonal (Women's Health Initiative, 2002). En un análisis más meticuloso, los hallazgos contradictorios tienden a provenir de las diferencias en la edad promedio de las poblaciones y de la salud de los vasos sanguíneos de mujeres más jóvenes o de mayor edad (Hodson, 2006). Las participantes en los estudios para quienes el tratamiento las había protegido contra la cardiopatía, lo habían iniciado hacia los 50 años de edad, al comenzar la menopausia. Por el contrario, en promedio las participantes en la investigación de WHI llevaban ya 18 años de concluida la menopausia cuando empezaron a recibirlo (Grodstein y colaboradores, 2006). El tejido del sistema cardiovascular de una mujer de 50 años es más sano que el de una de 68 años; pareciera que la terapia hormonal contribuye a mantener la salud del tejido cardiovascular más joven. En cambio, hacia los 60 años empieza a formarse una placa avanzada, y una vez constituida, el estrógeno la hará tan frágil que se rompe, produciendo coágulos y provocando ataques cardíacos (Manson y Bassuk, 2006). Por tanto, en las mujeres que inicien el tratamiento en la menopausia "facilitará la prevención primaria de la enfermedad coronaria" (Speroff y Fritz, 2005, p. 733).

Un análisis a fondo de las investigaciones del efecto de la terapia hormonal en el cáncer mamario permite obtener las conclusiones siguientes. Primera: las mujeres que usen una combinación de estrógenos y progesterona presentan un riesgo ligeramente mayor al cáncer mamario. (Este aumento se elimina al suspender el tratamiento [Cockey, 2003].) Segunda conclusión: las mujeres a quienes se administra y que padecen cáncer tienen menos probabilidades de morir que aquellas que lo sufren pero que no reciben el tratamiento. Tal vez esta importante disminución de la mortalidad entre las primeras se deba a dos factores: se sometieron más frecuentemente a exámenes de detección del cáncer de mama; las hormonas al parecer afectan los tumores malignos haciéndolos más detectables y por tanto pueden tratarse en una etapa más temprana y menos agresiva (Speroff y Fritz, 2005). En trabajos más recientes se descubrió que la terapia hormonal que combina estrógenos y testosterona aumenta el riesgo de cáncer mamario (Tamimi y colaboradores, 2006). Una mujer que no haya sido sometida a una histerectomía y toma sólo estrógenos, no correrá un riesgo mayor sino tras 15 años de uso (Chen y colaboradores, 2006).

Una decisión difícil

En la menopausia la mujer debe valorar los posibles beneficios y riesgos de la terapia hormonal teniendo en cuenta los síntomas de la deficiencia de hormonas. Algunas veces los beneficios superan con mucho los riesgos, y otras veces sucede lo contrario (Hodson, 2006). Sin cesar, las investigaciones más recientes arrojan resultados; aunque pueden ser contradictorios, es la información con que las mujeres y sus médicos cuentan para tomar la importante decisión de recurrir o no a la terapia hormonal (Larson, 2006; Reddy y colaboradores, 2006). Por desgracia los datos disponibles no son suficientes para confirmar la eficacia de las terapias complementarias y alternas como soya, acupuntura y naturopatía en el tratamiento de los síntomas posmenopáusicos (Nedrow y colaboradores, 2006). Recomendamos a las mujeres comentar la evidencia actual, su historia médica y estilo de vida con un profesional especializado en la menopausia y en terapia hormonal. ■



Salud sexual

❶ Problemas de salud ginecológica

Son problemas que abarcan desde infecciones menores hasta cáncer. En esta sección daremos información y recomendaciones de autoayuda respecto de varios temas.

Infecciones de las vías urinarias

A menudo las mujeres contraen infecciones de las vías urinarias, sistema de órganos que incluye la uretra, la vejiga y los riñones. Cuando la infección avanza hasta llegar a los riñones, puede sobrevenir una enfermedad grave (Pace, 2000). Aproximadamente 15% de las mujeres sufrirá una infección a lo largo de su vida; muchas padecerán más de una (Delzell y Lefevre, 2000; Mayo Clinic Health Oasis, 1999). Entre los síntomas se encuentran los siguientes: necesidad frecuente de orinar, sensación urgente al hacerlo, sangre o pus en la orina y algunas veces dolor en la parte inferior de la pelvis (D'Epiro, 1997). Para emitir un diagnóstico seguro se requiere el análisis de laboratorio de una muestra de orina. Generalmente se logran buenos resultados administrando antibióticos a corto plazo (Uehling y colaboradores, 1997).

Casi siempre las bacterias que penetran en el orificio de la uretra son la causa de la infección (Raz y colaboradores, 2000). Ésta puede prevenirse tomando ciertas precauciones. El coito es el medio más común por el cual las bacterias entran en las vías urinarias; son impulsadas hacia el interior de la uretra por los empujes del coito. En los casos en que la infección es frecuente se recomienda a la pareja lavarse las manos y los genitales antes y después del acto sexual. Otro medio de evitarlas consiste en adoptar posturas que causen menos fricción contra la uretra. A la mujer se le recomienda utilizar lubricantes hidrosolubles (no vaselina) cuando la lubricación de la vagina no sea suficiente, porque un tejido irritado es más vulnerable a la infección. Las bacterias se eliminan orinando inmediatamente después del coito (Leiner, 1997). Se las mantiene lejos de la uretra secándose de delante hacia atrás después de defecar y orinar. La probabilidad de infección disminuye al orinar en cuanto aparezca la urgencia. Se recomienda además beber muchos líquidos, sobre todo jugo de arándano (Kiel y Nashelsky, 2003) y no ingerir sustancias como café, té y alcohol que irritan la vejiga. ■



Salud sexual

Infecciones de la vagina

Cuando se altera el equilibrio natural de la vagina o cuando un organismo extraño penetra, sobreviene una infección vaginal o **vaginitis**. Por lo regular la mujer es la primera en advertir los síntomas: irritación o escozor en la vagina y en la vulva, enrojecimiento del introito y de los labios, flujo irregular y en ocasiones un olor desagradable. (Este último síntoma se puede deber a un tampón o diafragma olvidados.) Las clases de infección son la causada por levadura, las de tipo bacteriano y la tricomoniasis, que se explicarán ampliamente en el capítulo 15.

La vaginitis ha de tratarse y curarse. La irritación crónica de infecciones prolongadas predispone a las alteraciones de las células cervicales que pueden favorecer el cáncer. A continuación, algunas recomendaciones para prevenir la vaginitis (Solimini, 1991):

1. Ingerir una dieta bien balanceada baja en azúcar y en carbohidratos refinados.
2. Mantener una buena salud general durmiendo bien, haciendo ejercicio y liberando las emociones.
3. Cultivar hábitos de higiene: *a)* bañarse regularmente con jabón suave; *b)* secarse de delante hacia atrás, de la vulva al ano después de orinar y defecar; *c)* usar calzoncillos de algodón (el nailon conserva el calor y la humedad que estimulan el crecimiento de bacterias); *d)* no usar aerosoles ni duchas, papel de colores para el sanitario, baño de burbujas ni las toallas o ropa de baño de otras perso-

Vaginitis Inflamación de las paredes de la vagina ocasionada por varias infecciones de esta estructura.



Palabras para consultar en InfoTrac

● Vaginitis



Salud sexual

Frotis de Papanicolau
Prueba con que se detecta el
cáncer cervical.



Palabras para consultar en InfoTrac

- Frotis de Papanicolau



Salud sexual

nas para lavarse o secarse los genitales, y e) cerciorarse de que las manos y los genitales de la pareja estén limpios antes de iniciar la actividad sexual.

4. Asegurarse de estar bien lubricada antes del coito: lubricación natural o un lubricante hidrosoluble. No utilizar lubricantes a base de petróleo (por ejemplo, vaselina), porque no son hidrosolubles, tienden a permanecer en la vagina y a albergar bacterias. Además, pueden debilitar y deteriorar con el tiempo los condones o diafragmas de látex.
5. Usar condones si usted y su pareja no son monógamos. ■

El frotis de Papanicolau

El **frotis de Papanicolau** constituye una parte esencial de los cuidados de salud preventiva de rutina para todas las mujeres, incluyendo a las adolescentes y posmenopáusicas con vida sexual activa. Se trata de una prueba de detección del cáncer cervical, para lo cual se extraen células del cérvix. Las paredes de la vagina se mantienen abiertas con un espéculo y se extraen unas cuantas células con un cepillo cervical o con una pequeña espátula de madera; luego se colocan en una platina de vidrio y se envían a un laboratorio para su examen. Las células del frotis se toman de la *zona de transición*, que es la parte del cérvix donde existen largas células en forma de columna llamadas *células columnares*, que se unen a otras células planas, las *células escamosas*. El frotis no causa dolor porque el cérvix contiene pocas terminaciones nerviosas. Esta prueba se efectúa cuando ya se extirpó el cérvix, aunque la frecuencia del cáncer vaginal es baja.

Desde que comenzó el uso generalizado del frotis de Papanicolau en la década de 1950, la mortalidad por cáncer cervical ha decrecido de una manera impresionante (Boen, 2006). Gracias al acceso a la detección temprana y a la terapia de seguimiento, las mujeres en Estados Unidos tienen 70% de probabilidades de supervivencia. Por el contrario, un promedio apenas de 41% de las que viven en países subdesarrollados lo superan; en Tailandia la mortalidad alcanza 58%, mientras que en el África subsahariana llega apenas a 21% (Parry, 2006). Cada año unas 250 000 mujeres mueren de cáncer cervical en el tercer mundo (Kalb y Springen, 2006). Sin importar en qué parte del mundo vivan, las que están en desventaja económica y no participan en los programas de detección tienen mayores probabilidades de morir que el resto de la población (Moore, 2006).

Se recomienda el primer frotis máximo tres años después de volverse sexualmente activa, o aproximadamente a los 21 años. Siguiendo la recomendación del profesional de la salud, una mujer se someterá a esta prueba cada dos años, cada año, dos veces al año e inclusive con mayor frecuencia. El frotis no siempre es preciso en la detección del cáncer cervical, por lo cual hay mayor probabilidad de descubrirlo con pruebas frecuentes (Felix, 2003). Los siguientes son algunos de los factores que acrecientan el riesgo de contraer cáncer cervical: coito a edad temprana, múltiples parejas, tabaquismo, inhalación secundaria del humo de cigarro, presencia del virus del papiloma humano (VPH) (Wyand y Arrindell, 2005). ■

Siguen inventándose nuevas tecnologías para la detección del cáncer cervical, y la Federal Drug Administration aprobó una vacuna que previene algunos tipos de este cáncer (Parry, 2006). Alcanza su máxima eficacia cuando se aplica a niñas de 10 a 12 años, antes de que empiecen a ser sexualmente activas (Dailard, 2006). Algunos grupos cristianos extremistas, como Focus on the Family, se oponen de manera decidida a que se vacune a las niñas en edad escolar, convencidos como están de que se minaría la continencia y se impulsaría la promiscuidad (Barrett, 2006). Este tema lo trataremos más a fondo en el capítulo 15.

Extirpación quirúrgica del útero y de los ovarios

En algunos problemas médicos está indicada la **histerectomía**, escisión del útero, la **ooforectomía**, escisión de los ovarios, o ambas. Mencionamos tres de ellos: hemorragias, infecciones graves de la pelvis y tumores benignos (no cancerosos) (Kilbourne y Richards, 2001). También el cáncer cervical, del útero o de los ovarios es motivo para realizar ya sea la histerectomía o bien la ooforectomía. De los tres tipos, el cáncer ovárico es con mucho el más mortal (Eheman y colaboradores, 2006; Tingulstad y colaboradores, 2003). Las víctimas tienen una supervivencia de 40% durante cinco años a partir del diagnóstico, porque es difícil detectarlo en las fases iniciales (Werness y Eltabbakh, 2001). En 80% de los casos la enfermedad ya está avanzada al momento del diagnóstico (Kaelin y colaboradores, 2006). Hace falta una tecnología más avanzada para identificarlo en fecha más temprana.

Se estima que a 33% de las mujeres se le practica histerectomía a los 65 años de edad, porcentaje que la convierte en la segunda intervención más frecuente en Estados Unidos. Los índices son más altos entre las que perciben ingresos bajos, entre las que no cursaron la enseñanza media y entre las que habitan en el sur. A juicio de los investigadores, la falta de atención preventiva en esos grupos permite que los problemas alcancen una gravedad que excluye cualquier otro tratamiento (Palmer y colaboradores, 1999). Antes de someterse a esta operación o a otra similar, la mujer debe pedir una segunda opinión, enterarse de los riesgos, de los beneficios y alternativas. También debe hacer los preparativos para obtener una información completa antes y después de la operación, así como asesoramiento (Wade y colaboradores, 2000).

Los efectos que la histerectomía tiene en la sexualidad son variables. Ante todo, no afecta la sensibilidad del clítoris. En algunos casos la eliminación de problemas médicos y de un coito doloroso, la protección segura contra un embarazo indeseado y la ausencia de menstruación mejoran la calidad de vida en general, lo mismo que la actividad y placer sexuales (Flory y colaboradores, 2006; Rannestad y colaboradores, 2001), pero en otros casos se altera o disminuye la respuesta sexual tras extirpar el útero. No se producen la sensación de vasocongestión ni la elevación del útero durante la excitación, así como sus contracciones en el orgasmo, lo cual puede modificar la experiencia física de la respuesta sexual. Algunos cambios provienen del daño a los nervios de la pelvis. Todavía no se conoce la exacta ubicación de los que son indispensables para la función sexual y tampoco hay procedimientos que no toquen los nervios en la cirugía pélvica (Berman y Berman, 2000). También al tejido cicatricial o las alteraciones de la vagina tienen consecuencias. Cuando se extirpan los ovarios, se presentarán los síntomas comunes de la menopausia a menos que se inicie la terapia hormonal. Un aspecto importante en el ajuste posquirúrgico es la calidad de la relación con la pareja y lo que ambos piensen de la cirugía (Helstrom y colaboradores, 1995).

Histerectomía Extirpación quirúrgica del útero.

Ooforectomía Extirpación quirúrgica de los ovarios.



Palabras para consultar en InfoTrac

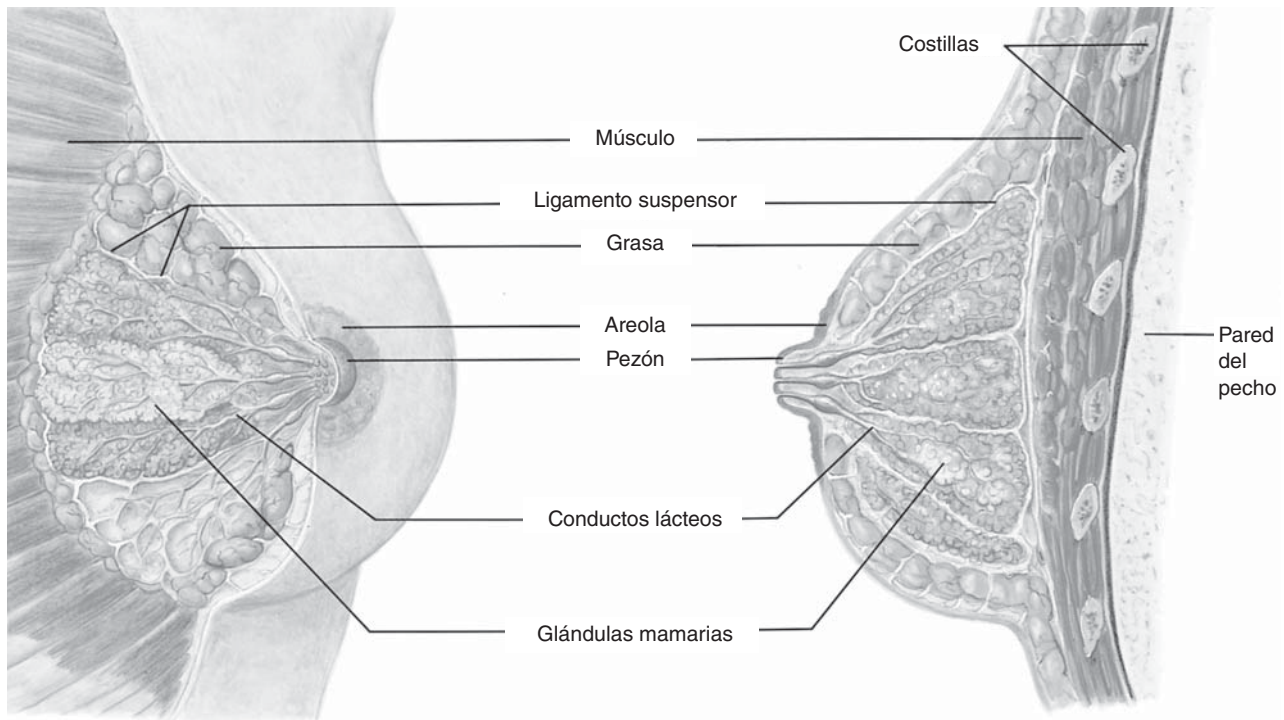
● Histerectomía

Los senos

No forman parte de los genitales internos ni externos de la mujer. Más bien son **características sexuales secundarias** (atributos físicos, aparte de los genitales, que distinguen a los sexos). En una mujer físicamente madura, los senos contienen un tejido adiposo y **glándulas mamarias** (➡ figura 4.6). El tejido glandular reacciona frente a las hormonas sexuales. Durante la adolescencia, tanto las glándulas como el tejido se desarrollan de un modo notable. Los senos presentan variaciones de tamaño y textura en diversas fases del ciclo menstrual y cuando reflejan el efecto del embarazo, la lactancia o las píldoras anticonceptivas (Robb-Nicholson, 2006). La cantidad de tejido glandular varía poco entre las mujeres, no obstante las diferencias de tamaño. Por ello la leche producida después del parto no corresponde al tamaño de los senos. La variación de sus dimensiones proviene fundamentalmente del volumen de tejido adiposo distribuido alrededor de las glándulas. Muchas veces uno de los senos es un poco mayor que el otro.

Características sexuales secundarias Rasgos físicos aparte de los genitales que indican madurez sexual: vello corporal, senos y voz grave.

Glándulas mamarias Glándulas de los senos femeninos que producen leche.



➔ **Figura 4.6** Vista frontal y lateral de una sección transversal de los senos.

El *pezón* ocupa el centro de la areola, la zona más oscura del seno externo. La areola contiene glándulas sebáceas (productoras de aceite) que intervienen en la lubricación de los pezones durante la lactancia. En ellos se halla el orificio de las glándulas mamarias. Algunos pezones apuntan hacia afuera del seno, otros están al mismo nivel de éste y otros más se hunden en él. Se ponen erectos cuando los músculos pequeños situados en la base se contraen en respuesta al tacto, a la excitación sexual o al frío. Para muchas mujeres la estimulación de los senos y pezones es una fuente importante de placer y excitación al masturbarse o en la interacción sexual. Algunas aseguran que la estimulación intensifica el placer erótico que culmina en el orgasmo; otras la disfrutan por sí misma. Y otras más la consideran una experiencia neutral o desagradable.

Los senos tienen multitud de tamaños y formas. Un escritor señala: “En las mujeres de carne y hueso he visto senos tan variados como los rostros: senos en forma de tubo, senos en forma de lágrimas, senos que cuelgan, senos que apuntan hacia arriba, senos con pezones gruesos, oscuros y areolas, senos con pezones tan pequeños y pálidos que parecen cepillados por el viento” (Angier, 1999, p. 128)

El tamaño de los senos preocupa mucho a hombres y mujeres en la sociedad moderna:

Al hablar con mis amigas de lo que pensamos de nuestros senos, descubrí que ninguna de nosotras se siente cómoda con ellos. Siempre envidié a las que tienen senos grandes porque los míos son pequeños. Pero mis amigas de senos grandes comentaron que también a ellas les molestaba el tamaño de los suyos. (Archivo de los autores.)

Las cirugías con que se agrandan y reducen los senos reflejan a menudo la insatisfacción que a algunas mujeres les causa el hecho de que los suyos no correspondan al ideal cultural. Cada año más de 200 000 norteamericanas se someten a cirugía cosmética de implante de senos (Springen, 2003). Desde finales de la década de 1980 se le aumenta su tamaño en un número creciente de jóvenes (Farr, 2000); muchas de ellas están contentas



© Joel Gordon



© Joel Gordon



© Joel Gordon

con los resultados; otras sufren complicaciones dolorosas o desfiguradoras, así como resultados lamentables: pérdida de sensación en los senos, asimetría y contracción capsular (endurecimiento del tejido cicatricial alrededor del implante, lo cual al oprimir la cápsula suave la transforma en un disco duro). En una investigación se comprobó que 73% de las mujeres que reciben un implante mostraba efectos secundarios y a 27% había que extraérselos al cabo de tres años por infecciones, dolor en el tejido cicatricial, rotura o filtración del implante (aproximadamente 15% de rupturas tras 10 años) (Springen, 2003).

El tamaño y la forma de los senos varían entre las mujeres.

? Pensamiento crítico

¿Debería permitirse a las adolescentes someterse a una cirugía de agrandamiento de los senos? Explique su respuesta, ya sea afirmativa o negativa.

La autoexploración de los senos

Es una parte importante del autocuidado de la salud en la mujer. Con él se entera de lo que es normal en sus senos. Puede hacerlo ella misma o enseñar a su pareja. En 2003 la American Cancer Society dejó de recomendar la autoexploración mensual para la detección temprana del cáncer, porque estudios exhaustivos y rigurosos demostraron que no disminuyen los decesos. Las mujeres descubren los tumores cancerosos accidentalmente cuando se duchan, mientras se visten o cuando su pareja detecta un bulto. Por tanto, la American Cancer Society recomienda utilizar esporádicamente la autoexploración para detectar posibles alteraciones en su aspecto y sensación táctil (Smith y colaboradores, 2003). Los pasos a seguir se muestran en el recuadro “Cómo explorarse los senos” (p. 117). Conviene dibujar una gráfica parecida a la de la **figura 4.7** para rastrear bultos en ellos. Muchas veces se palpan voluminosos. Una vez que la mujer se familiariza con los suyos, podrá detectar cualquier cambio. Si lo hay, deberá consultar a un profesional de la salud, quien recomendará pruebas diagnósticas más científicas. El 90% de los tumores —benignos en su mayor parte— son descubiertos por la propia mujer. ■

! Salud sexual

Cuando se examine los senos, llene una gráfica como la adjunta. Si detecta algún tumor, marque:

1. Su localización.
2. Su tamaño (BB, guisante, pasa, uva).
3. Su forma (redondeada o alargada).

Compare cada registro con el anterior y consulte a su médico en caso de notar alguna alteración. Un tumor nuevo o cambiante ha de revisarse lo antes posible. Por lo regular, se trata de tumores benignos.

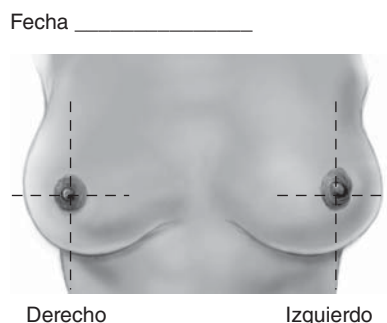


Figura 4.7 Conviene utilizar una gráfica similar a ésta para llevar un control de la masa de los senos.

Fuente: Ilustración reimpresa con autorización de la Kaiser Foundation Health Plan of Oregon.

Mamografía Prueba sumamente sensible de rayos X con que se detecta el cáncer mamario.

Detección del cáncer mamario

La autoexploración y los exámenes ordinarios que realizan los médicos son una importante herramienta. Otra es la **mamografía**, prueba sumamente sensible con rayos X que permite descubrir las células y tumores cancerosos. Se emplean bajos niveles de radiación para crear una imagen de los senos —*mamograma*— en película o papel. Con la mamografía a menudo se encuentra un tumor años antes de que pueda sentirse manualmente; a veces revela alteraciones de las células cancerosas que ocurren aun antes de que aparezca el tumor (Aldridge y colaboradores, 2006). La detección temprana del cáncer mamario permite reducir la mortalidad (👉 **tabla 4.2**) y aumentar los tratamientos para no extirpar los senos (Hamilton y colaboradores, 2003).

👉 **TABLA 4.2**

Índice de supervivencia de cinco años de norteamericanas según la etapa del cáncer al diagnosticarlo

Etapa del cáncer	Porcentaje de cánceres diagnosticados en esta etapa	Índice de supervivencia en 5 años (%)
Local (confinado al seno)	60	98
Regional (extendido a los nódulos linfáticos)	31	76
Distante (extendido a otros órganos)	6	16
En Estados Unidos una mujer muere de cáncer mamario cada 12 minutos.		

Fuente: American Cancer Society (2003).

La mamografía es menos eficaz en las mujeres de 40 a 49 años que en las mayores de 50, principalmente por la mayor densidad del tejido mamario que dificulta iluminar las áreas de posibles problemas en el mamograma (Mitka, 2003*b*). Sin embargo, casi 6 000 mujeres de 40 a 50 años de edad mueren anualmente de cáncer mamario (de un total de 41 400). La American Medical Association, la American Cancer Society y el National Cancer Institute recomiendan la mamografía anual a este grupo de edad (Kaelin y colaboradores, 2006; Pace, 2001).

Aunque la mamografía es una eficaz prueba de detección, a veces no descubre un número importante de tumores o emite un resultado falso-positivo (Cardenas y Frisch, 2003). La investigación está explorando una tecnología más confiable (Flobbe y colaboradores, 2003). Hoy el mejor método de detección temprana del cáncer mamario es una combinación de autoexploraciones mensuales, exámenes ordinarios por un médico y la mamografía tal como se ha recomendado (Caplan y colaboradores, 2000). ■

Es especialmente importante que las lesbianas acepten la importancia de programar mamografías y exámenes periódicos; se les aplican con menor frecuencia que a las heterosexuales porque no conciertan citas para el control natal. Prefieren prescindir de los servicios de salud a sufrir la insensibilidad e ignorancia de algunos médicos (Hammond, 2006; Heck y colaboradores, 2006). Muchas mencionan que por sus experiencias negativas están menos dispuestas a acudir a esos servicios cuando tienen un problema (Makadon, 2006).

Entre 5 y 10% de los casos de cáncer mamario provienen de fallas en un gen que ahora es detectable (Burke y colaboradores, 1997). Las mujeres afectadas tienen una probabilidad hasta de 80% de sufrir este tipo de cáncer y a veces un riesgo mayor de cáncer de los ovarios (Humphries y Gill, 2003). Ahora se les brinda la oportunidad de decidir usar un medicamento a manera de prevención o una mastectomía también preventiva (Armstrong y colaboradores, 2000).

! Salud sexual

Cómo explorarse los senos

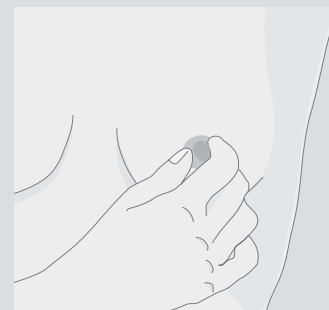
1. **Bajo la ducha.** Examine los senos durante el baño o la ducha: las manos se deslizan más fácilmente sobre la piel mojada. Con los dedos extendidos, pase las manos con suavidad sobre todas las partes de ambos senos. Use la mano derecha para examinar el izquierdo y la mano izquierda para explorar el derecho. Revise en busca de masas, nudos duros o engrosamiento.
2. **Delante de un espejo.** Revise los senos con los brazos a ambos lados. Después levántelos sobre la cabeza. Busque alteraciones en el contorno de los senos: una inflamación, una depresión de la piel o cambios en el pezón. Enseguida coloque las palmas de las manos en la cadera y oprima firmemente para flexionar los músculos del pecho. No habrá una simetría perfecta entre ambos senos; se dan pocas excepciones.
3. **Recostada.** Para examinar el seno derecho, coloque una almohada o una toalla doblada debajo del hombro derecho. Ponga la mano derecha detrás de la cabeza (así distribuye el

tejido mamario más uniformemente sobre el pecho). Con la mano izquierda y los dedos planos, oprima suavemente en pequeños movimientos circulares alrededor de una carátula imaginaria de reloj. Comience en la parte superior más externa del seno derecho en el sitio de las 12 horas, luego pase a la 1 y así sucesivamente hasta volver a las 12. Es normal un reborde de tejido firme en la curva inferior de los senos. Después mueva la mano 2 cm hacia el pezón; continúe haciendo círculos para explorar todas las partes del seno, incluido el pezón. Para ello se requieren tres círculos por lo menos. En seguida repita el mismo procedimiento en el seno izquierdo.

Por último, oprima suavemente el pezón de los senos entre el pulgar y el índice. Todo flujo, claro o sanguinolento, deberá comunicarse al médico de inmediato, lo mismo que cualquier masa, inflamación o engrosamiento extraños en cualquier parte del seno.



© Françoise Sauze/SPL/Photo Researchers, Inc.



➔ **Figura 4.8** Autoexploración de los senos.

Tumores de los senos

Los senos están expuestos a tres clases de tumores. Los dos más comunes son los *quistes*, sacos llenos de líquidos, y los *fibroadenomas*, tumores sólidos y redondeados. Ambos son benignos (no cancerosos ni nocivos); juntos representan aproximadamente 80% de los tumores mamarios. En ocasiones producen sensibilidad que incluye desde dolor ligero a severo, denominado *enfermedad fibroquística* (Deckers y Ricci, 1992). Se desconocen las causas, aunque quizá sean de origen hormonal. Cafeína, té, bebidas a base de cola y chocolate son sustancias que favorecen la aparición de tumores benignos. He aquí algunos cambios de dieta que han ayudado a algunas mujeres a disminuir los síntomas: comer más pescado, pollo y granos, y menos carnes rojas, sal o grasas.

La tercera clase de tumor mamario es un *tumor maligno* (formado por células cancerosas). En Estados Unidos, aproximadamente una de cada siete mujeres pade-



cen cáncer de mama. En 2005 fallecieron unas 40 000 en ese país y 410 000 en el resto del mundo (Evans, 2006; Prentice, 2003). El riesgo aumenta con la edad: la mitad de los casos se diagnostica en mujeres de 65 años en adelante (Nattinger, 2000). Pese a ser menos frecuente en las mujeres de entre 20 y 40 años de edad, cuando ocurre en las más jóvenes suele ser más agresivo y produce mayor mortalidad (Fraunfelder, 2000). En los varones es muy poco frecuente, ya que apenas registra 1% de los casos (Fentimen y colaboradores, 2006).

La buena noticia es que la mortalidad general atribuida al cáncer mamario llegó a su nivel más bajo desde 1950, muy probablemente gracias a su detección más temprana. La tasa de supervivencia entre las afroamericanas (71%) es menor que entre las mujeres de raza blanca (82%) (Boyd y Wilmoth, 2006; Simon, 2006). Las diferencias en la atención preventiva (examen de los senos y mamogramas) obedecen a las siguientes características socioeconómicas de las personas: menores ingresos, falta de cobertura médica y miedo a utilizar los servicios médicos y de salud. De este modo, las afroamericanas suelen presentar etapas más avanzadas del cáncer antes de la detección (Aldridge y colaboradores, 2006; Bullock y McGraw, 2006). Otro factor es el hecho de que los médicos tienden menos a ordenar un mamograma a las mujeres de bajos ingresos (Lukwago y colaboradores, 2003).

En la **tabla 4.3** se incluyen algunos factores de riesgo que acrecientan o disminuyen las probabilidades de sufrir cáncer de mama. Pruebas científicas sumamente confiables revelan que la exposición a sustancias tóxicas puede ser el origen de hasta la mitad de los casos que se presentan (Evans, 2006). El factor ambiental ha sido demostrado en investigaciones que indican lo siguiente: los niños cuyos padres adoptivos murieron de cáncer tenían cinco veces mayor riesgo que la persona promedio de contraerlo (D. Davis, 2000). La exposición a la contaminación ambiental y plaguicidas, a radiación y las sustancias químicas de plásticos, detergentes y fármacos imita los efectos de los estrógenos en el organismo al producir el crecimiento celular descontrolado y formar tumores (Steingraber, 2005). Algunos especialistas y grupos de activistas tratan de que un porcentaje más alto de los fondos de la investigación del cáncer sea asignado a la de las causas ambientales con miras a lograr más avances en la prevención (Lyman, 2006; McCormick, 2002). ■

Cáncer mamario

En 1974 Betty Ford y Happy Rockefeller fueron las primeras figuras públicas en hablar abiertamente de su cáncer y mastectomía. Antes de estas acciones tan valientes, las mujeres mantenían lo más privado posible el problema y el tratamiento. En los años posteriores se recaudaron amplios recursos para ayudar a las mujeres y a sus seres queridos a enfrentar mejor un diagnóstico de este tipo. Gracias al activismo político también se aumentó el porcentaje de recursos para financiar investigaciones sobre el cáncer mamario, a las que antes se les destinaba un porcentaje muy reducido y desproporcionado. (Thorne y Murray, 2000).

Una vez hecho el diagnóstico, se dispone de varias modalidades terapéuticas, y están desarrollándose otras (E. Cohen, 2001; Fischman, 2001; Voelker, 2000): radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal, inmunoterapia, *lumpectomía* (extirpación quirúrgica sólo del tumor y de cantidades pequeñas del tejido circundante), **mastectomía** (extirpación quirúrgica de todo el seno o de una parte), o una combinación de estos procedimientos. Cuando el cáncer es pequeño, está localizado y en una etapa inicial, la lumpectomía con quimioterapia o la radiación ofrecen probabilidades de curación tan buenas como la mastectomía. Los índices de supervivencia han ido creciendo con los adelantos del tratamiento (Kaelin y colaboradores, 2006).

El cáncer de mama o mamario y su tratamiento pueden tener efectos negativos en la sexualidad de la mujer (Henson, 2002). De acuerdo con las investigaciones, cerca de 50% de las que han sufrido este tipo de

Mastectomía Extirpación quirúrgica de un seno o de los dos.



➔ TABLA 4.3

Factores de riesgo de cáncer mamario

El 85% de las mujeres que llega a tenerlo no conoce estos factores

Riesgo más alto	Riesgo más bajo
Gen heredado del cáncer mamario	Gen no heredado de cáncer mamario
Mayor exposición a estrógenos acumulados durante la vida	Exposición más baja a los estrógenos durante la vida
Inicio de la menstruación antes de los 12 años	Inicio de la menstruación después de los 12 años
Ausencia de embarazos	Uno o más embarazos
Primer hijo a los 30 años y los siguientes en edad avanzada	El primer hijo antes de los 30 años y los siguientes hijos no mucho después
Nunca amamantó	Amamantamiento ^a
Menopausia después de los 55	Menopausia antes de los 54 años
Obesidad	Esbeltez
Ovarios intactos	Ambos ovarios extraídos antes
Dos o más parientes en primer grado con cáncer mamario	Ningún antecedente familiar de cáncer mamario
Más de 65 años de edad	Menos de 65 años
Estilo de vida sedentario	Ejercicio regular
Una o más bebidas alcohólicas al día	Menos de 1 bebida alcohólica al día
Dieta rica en grasas	Dieta baja en grasas
Dosis normal de aspirina o ibuprofeno (Advil) menos de 3 veces por semana	Dosis normal de aspirina o ibuprofeno (Advil) 3 veces por semana

^a Según un análisis de 50 estudios epidemiológicos a nivel mundial, cuanto más amamante una mujer más estará protegida contra el cáncer mamario (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2002).

Fuentes: Bingham y otros (2003), Cain (2000), Cardenas y Frisch (2003), Higa (2000), Marchioni (2003), Verloop y otros (2000).

cáncer tienen problemas sexuales atribuibles a los efectos físicos de la quimioterapia, la radiación y la terapia hormonal (Fleming y Kleinbart, 2001). La pérdida de uno o ambos senos suele ser traumática para la mujer. Los senos simbolizan muchos aspectos de la feminidad y son una parte importante de la autoimagen (Potter y Ship, 2001). Su estimulación durante el sexo mediante masajes, lamidas o succión —junto con la estimulación que su pareja siente al hacerle todo eso o con sólo mirar los senos— suele ser un elemento importante para la excitación de ambos. Por tanto, la extirpación quirúrgica de uno o los dos senos le plantea a la pareja retos de ajuste sexual (Polinsky, 1995).

Con la cirugía reconstructiva mejora el ajuste psicosexual tras una mastectomía. En muchos casos puede crearse un seno mediante una bolsa de gel de silicón o de agua salina que se coloca bajo la piel o el músculo del pecho. Durante 2002 se realizaron unos 70 000 implantes después de la mastectomía en Estados Unidos (Healy, 2003).

El programa de la American Cancer Society's Reach to Recovery presta un servicio muy importante a las mujeres con cáncer de mama. Las voluntarias del programa, que han sido intervenidas o han recibido otros tratamientos, entrevistan a mujeres a quienes recientemente se diagnosticó el problema o que han sido tratadas. Les brindan apoyo emocional y las alientan. También presentan modelos de mujeres que han logrado adaptarse para luchar contra la enfermedad. De hecho, datos cada vez



Imagen tomada de The Breast Cancer Fund, "Obsessed with Breast Campaign", www.breastcancerfund.org. Fotógrafo: Heward Jue.

La campaña "Obsessed with Breasts" (Obsesión por los senos), financiada por el Breast Cancer Fund's, usó esta imagen tan creativa para impulsar la educación del cáncer mamario.



© Biophoto Associates/Photo Researches, Inc.



© Biophoto Associates/Photo Researches, Inc.

La cirugía reconstructiva después de una mastectomía mejora el ajuste general y sexual de la mujer.

más completos revelan esto: muchas sobrevivientes del cáncer mamario, igual que de otros tipos de cáncer, mencionan cambios positivos en las relaciones personales, en el aprecio a la vida y en sus prioridades (Bellizzi y Blank, 2006).

R E S U M E N

La vulva

- La autoexploración de los genitales es una forma adecuada de que la mujer conozca su cuerpo y detecte cualquier cambio que requiera atención médica.
- Los genitales externos de la mujer, llamados también *vulva*, abarcan las siguientes estructuras: monte de Venus, labios mayores y menores, clítoris y orificios de la uretra y de la vagina. La vulva de cada mujer tiene su propia forma, color y textura.
- El monte de Venus y los labios mayores tienen cojines subyacentes de tejido adiposo; los recubre el vello púbico que empieza a aparecer en la adolescencia.
- Los labios menores son pliegues de piel sensible que nacen en el capuchón del clítoris para extenderse después hacia el orificio de la vagina, o introito. El área entre ellos recibe el nombre de *vestíbulo*.
- El clítoris se compone de glándulas externas, tallo y los pedúnculos internos o raíz. El glándula contiene terminaciones nerviosas densamente concentradas. La única función del clítoris es procurar placer erótico.
- El orificio de la uretra está situado entre el clítoris y el introito de la vagina.
- Muchas culturas conceden gran importancia al himen como prueba de virginidad, pero éste tiene muchos tamaños, formas y grosor, y no pocas realizan su primer coito sin dolor ni hemorragia. Las que deciden tenerlo pueden aprender a estirar el himen para hacer cómoda su primera experiencia.

Estructuras subyacentes

- Debajo de la superficie de la vulva se encuentran los bulbos vestibulares y los músculos del piso de la pelvis.

Estructuras internas

- La vagina, con sus tres capas de tejido, se extiende de 7 a 12 cm hacia el interior de la cavidad pélvica. Es un espacio virtual que aumenta de tamaño durante la excitación sexual, el coito y el parto. Otras estructuras internas de la reproducción son el cérvix, el útero, trompas de Falopio y ovarios.
- Los ejercicios de Kegel son contracciones voluntarias de los músculos de la vagina.
- La lubricación vaginal —secreción alcalina de líquido a través de las paredes de la vagina durante la excitación— aumenta la longevidad y la motilidad de los espermatozoides, además de intensificar el placer y la comodidad del coito.
- El punto Grafenberg (punto G) ocupa aproximadamente 1 cm a lo largo de la superficie en la pared superior de la vagina. Muchas mujeres experimentan sensibilidad erótica a la presión en alguna parte de este órgano.
- Las paredes de la vagina y la cérvix producen secreciones normales.

Menstruación

- El ciclo menstrual se origina en una compleja interacción de hormonas. Aunque tradicionalmente se han adoptado actitudes sociales negativas ante la menstruación, algunos empiezan hoy a redefinirla de una manera más positiva.
- Rara vez hay razones médicas para abstenerse del sexo durante la menstruación, pero muchas personas aminoran la actividad sexual durante ella.
- Algunas mujeres sufren el síndrome premenstrual, el trastorno disfórico premenstrual o la dismenorrea primaria o secundaria. El conocimiento de los factores fisiológicos de semejantes problemas ha ido aumentando y algunos pueden tratarse.

- En condiciones normales ocurre amenorrea durante el embarazo, la lactancia y después de la menopausia. A veces se debe a problemas médicos o a enfermedad. Se inventó una píldora que impide la menstruación por tres meses.
- El síndrome de choque tóxico es una afección poco frecuente que afecta principalmente a las mujeres que menstrúan. He aquí algunos de los síntomas: fiebre, dolor de garganta, náuseas, enrojecimiento de la piel, mareos e hipotensión. Puede causar la muerte si no se la trata.

Menopausia

- La menopausia es el cese de la menstruación e indica el final de la fertilidad femenina. La edad promedio en que ocurre es de 51 años. Dada una mayor esperanza de vida, se prevé que las mujeres vivan la mitad de la edad adulta después de la menopausia.
- La mayoría de las mujeres sufre pocos síntomas molestos durante el envejecimiento y conserva el interés y la respuesta sexuales. Otras muestran síntomas como accesos de calor (bochornos), insomnio, depresión o ansiedad, cefaleas y sensibilidad al tacto; todo ello se debe a un descenso de los niveles de estrógeno.
- La terapia hormonal es un tratamiento médico de los síntomas de la menopausia y brinda protección contra osteoporosis y cardiopatía. Debe administrarse con mucho cuidado por sus efectos secundarios.

Problemas de salud ginecológica

- Cerca de 15% de las mujeres sufrirá una infección de vías urinarias ocasionada por las bacterias que penetran en la uretra.
- A veces sobreviene una infección de la vagina que produce irritación, flujo inusual o un olor desagradable.
- El frotis de Papanicolaou ha venido a disminuir considerablemente los fallecimientos por cáncer cervical. Una mujer puede examinarse la cervix utilizando su propio espejo.
- El uso de la histerectomía ha despertado acaloradas controversias. Tanto ésta como la ooforectomía pueden influir positiva o negativamente en la sexualidad de la mujer.

Los senos

- Se componen de tejido adiposo y de glándulas productoras de leche. La autoexploración es una importante herramienta para mantenerlos sanos.
- En los senos aparecen tres clases de tumores: quistes, fibroadenomas y tumores malignos. Es importante realizar un diagnóstico riguroso de los tumores. Con la mamografía y otras pruebas se detecta y se diagnostica el cáncer mamario. A menudo una lumpectomía resulta tan eficaz como otros procedimientos más radicales.

► Lecturas recomendadas

Bouris, Karen (1993). *The First Time*. Berkeley, CA: Conari Press. Recopilación de historias personales sobre la “pérdida de la virginidad” como una experiencia decisiva para la mujer.

Ellison, Carol (2000). *Women's Sexualities*. Oakland, CA: New Harbinger Publications. Información y análisis reveladores basados en entrevistas profundas con mujeres de 23 a 90 años de edad; el tema principal son los desafíos y logros del desarrollo sexual.

Love, Susan (2005). *Dr. Susan Love's Breast Book*. Nueva York: De Capo Lifelong Books. Explicación de todos los aspectos de los senos; entre otras cosas, la importancia de la conciencia y acción políticas en lo tocante a la salud de los senos.

Silver, Marc (2004). *Breast Cancer Husband: How to Help Your Wife (and Yourself) during Diagnosis, Treatment and Beyond*. Emmaus, PA: Rodale Press. Guía tierna, divertida y bien fundamentada que brinda apoyo. La escribió un editor de *US News and World Report*.

Stewart, Elizabeth y Paula Spencer (2002). *The V Book: A Doctor's Guide to Complete Vulvovaginal Health*. Nueva York: Bantam Books. Este libro se basa en las investigaciones médicas más recientes y en la experiencia ginecológica clínica para proporcionar abundante información sobre la salud genital de la mujer.

► Recursos en la Web

Sitio web CengageLearning

Visite www.cengage.com/highered para enlazarse con diversos recursos, como preguntas de repaso, actividades interactivas, vínculos con Internet, ejercicios de pensamiento crítico, foros de discusión y muchos otros servicios. También puede acceder a los sitios desde el Wadsworth Psychology Study Center (<http://psychology.wadsworth.com>) o conectarse directamente a los siguientes sitios:

Nota. Tenga en cuenta que este material es independiente del libro y que las páginas que lo contienen pueden ser modificadas o eliminadas sin previo aviso.

Gyn101

Una visita a este sitio la guiará a su primera consulta con un ginecólogo. A continuación se incluyen los recursos que le permitirán seleccionar un ginecólogo, saber en qué consistirá el examen y qué preguntas debería hacerle.

OBGYN.net Women and Patients

Este sitio contiene información sobre salud ginecológica; por ejemplo, conexiones con artículos sobre investigaciones recientes dedicadas a varios temas.

National Vaginitis Association

En este sitio se explican las diferencias de síntomas y tratamiento de varias infecciones de la vagina.

National Women's Information Center

Un centro con información muy diversa sobre problemas de salud de la mujer; lo patrocina la Office on Women's Health del U.S. Department of Health and Human Services.

North American Menopause Society

Los recursos disponibles en este sitio incluyen datos básicos acerca de la menopausia, un cuestionario ginecológico e información referente a los materiales educativos al alcance tanto de los consumidores como de los profesionales de la salud.



Sitio web de apoyo a la obra en inglés

Visite el sitio web de la obra (*Our Sexuality Book Companion Website*) en

<http://latinoamerica.cengage.com/crooks> y elija la décima edición de este libro. Haga clic en "Apoyo electrónico para el estudiante". Allí encontrará herramientas que le ayudarán a aprovechar al máximo su tiempo de estudio: encuestas de actitud, crucigramas, temas de ensayo, tarjetas mnemotécnicas de los principales conceptos y sus definiciones, un glosario general, preguntas de opción múltiple y falso-verdadero, vínculos con sitios web sobre temas relacionados con cada capítulo, bibliografía general y un examen final. Asimismo, encontrará un vínculo para comprar el acceso a más material suplementario en línea: CengageNow.



CengageNow ¡Exactamente lo que necesita saber AHORA!

Dedique tiempo a lo que necesita dominar, no a la información que ya aprendió. CengageNow es un paquete de recursos electrónicos que le ayudará en su aprendizaje. Realice una prueba preliminar del capítulo, y CengageNow generará un plan personalizado de estudio a partir de sus resultados. El plan identificará los temas que debe repasar y lo dirigirá a los recursos en línea que le servirán para dominarlos. Después efectuará una prueba para determinar los conceptos que ya aprendió y aquellos en los que todavía debe trabajar. Visite el sitio www.cengage.com/login si ya tiene su código de acceso. Si no cuenta con él, siga el vínculo *Buy Now*. Escriba *Our Sexuality* en el campo de título. Elija la décima edición de este libro. Haga clic sobre la opción *CengageNow*. Se desplegará una solicitud de acceso y los precios en dólares americanos.



Biblioteca en línea InfoTrac College Edition

Investigue si su institución cuenta con un convenio de uso de InfoTrac, una de las mejores y más vastas bibliotecas en línea del mundo en el ámbito educativo. Conéctese a www.cengage.com/login para acceder a InfoTrac College Edition, biblioteca de consulta en línea que contiene multitud de revistas, muchas exclusivamente sobre la sexualidad humana: *Archives of Sexual Behavior*; *Archives of Sexual Health Behavior*; *Canadian Journal of Human Sexuality*; *Hispanic Journal of the Behavioral Sciences*; *Journal of Cross-Cultural Psychology*; *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*; *Journal of Sex Research* y *Sex Roles*.

Anatomía y fisiología sexual masculinas



► Anatomía sexual

¿Cuáles son las principales estructuras sexuales masculinas externas e internas, y cuáles son sus funciones?

¿Por qué es importante autoexaminarse el área genital con regularidad y qué debe buscar el hombre?

► Funciones sexuales masculinas

¿Cuáles son los procesos fisiológicos que causan una erección?

¿Cómo interactúan los factores psicológicos y fisiológicos para influir en la erección?

¿Cómo ocurre la eyaculación?

► Preocupaciones acerca del funcionamiento sexual

¿Cómo afecta el tamaño del pene la interacción sexual?

¿Por qué la mayoría de los hombres son sometidos a la circuncisión justo después del nacimiento? ¿Cuál es la tendencia médica respecto del valor y los riesgos de la circuncisión?

► Problemas de salud genital masculina

¿Qué clases de enfermedades y lesiones afectan los genitales masculinos y las estructuras reproductivas, y cuál es el tratamiento para esas alteraciones?

¿Por qué es importante para los hombres conocer el tema del diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata?

¿Quién necesita una clase sobre anatomía masculina? Ciertamente no los hombres de este curso. Nos cuelga toda la vida. Lo tocamos y lo miramos cada vez que nos bañamos o que vamos a orinar. Así que, ¿cuál es el misterio? El cuerpo de la mujer... Ésa es una historia diferente. Esa es la razón por la que estoy en esta clase. Vamos a aprender algo que no sea tan obvio. (Archivo de los autores.)

Esta declaración de un estudiante del curso de sexualidad ilustra dos ideas comunes. La primera es que la anatomía sexual masculina es simple. Todo lo que se necesita saber está a la vista. La segunda y quizá más sutil implicación es que las estructuras sexuales femeninas son más complicadas y misteriosas que las del hombre.

Estas ideas nos llevan a replantear el tema por diferentes razones. Una de ellas es que hay más de lo que se ve. La anatomía sexual tanto del hombre como de la mujer es compleja y varía considerablemente de un individuo a otro. Otra razón es que el conocimiento de nuestra propia anatomía y funcionamiento sexual, aunque no son garantía de satisfacción sexual, brindan un grado de comodidad con nuestros cuerpos y quizá para comunicarnos con la pareja. Además, el conocimiento del cuerpo proporciona un fundamento decisivo para detectar posibles problemas de salud. En este capítulo ofrecemos información que todos los hombres deben conocer acerca de los autoexámenes y el cuidado de la salud. El conocimiento y entendimiento de su anatomía y fisiología genital pueden ser un aspecto importante del bienestar sexual del hombre y también de su inteligencia sexual. Igual que en el capítulo 4, exhortamos a los lectores a utilizar las páginas que siguen como una referencia para el conocimiento de sí mismos, y para mejorar su salud.

❶ Anatomía sexual

Iniciamos con la revisión de diferentes estructuras de la anatomía sexual masculina. Se exponen explicaciones descriptivas del sistema genital para una fácil referencia. Más adelante en este capítulo (y en el 6), revisaremos más a fondo la forma en que funciona todo el sistema durante la excitación sexual.

Pene Órgano sexual masculino formado por la raíz interna, el cuerpo externo y el glande.

Raíz La porción del pene que se extiende al interior de la cavidad pélvica.

Cuerpo La parte del pene que está entre el glande y el cuerpo.

Glande La cabeza del pene; está abundantemente dotada con terminaciones nerviosas.

Cuerpos cavernosos Estructuras dentro del cuerpo del pene que se llenan de sangre durante la excitación sexual.

Cuerpo esponjoso Cilindro que forma un bulbo en la base del pene y que se extiende hasta el cuerpo del pene para formar el glande.

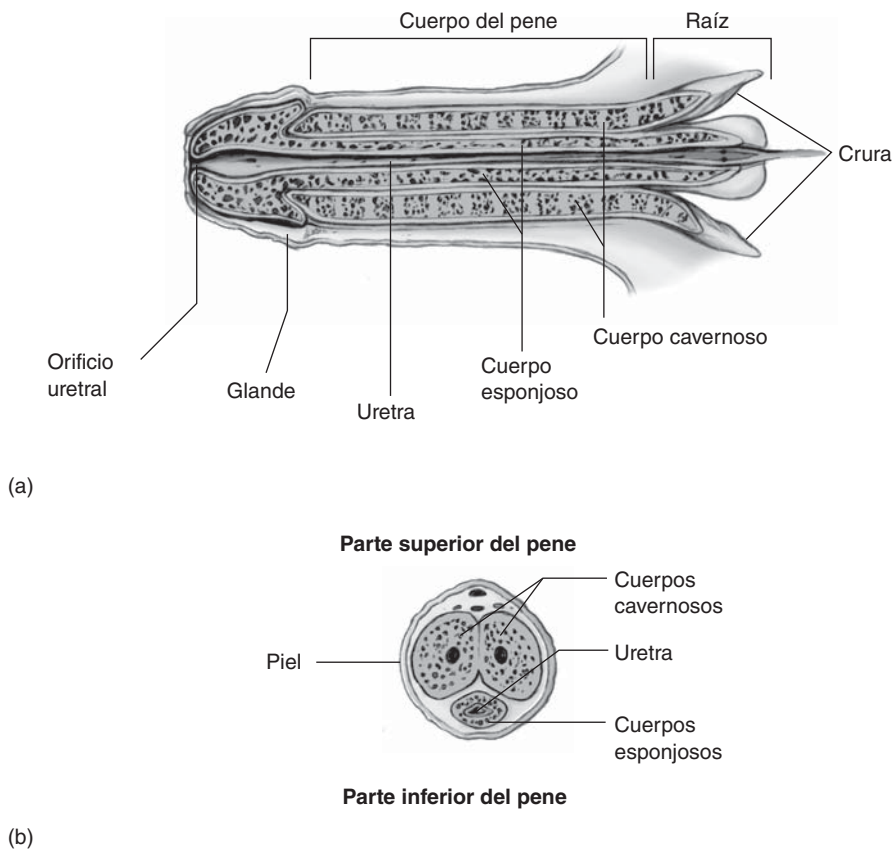
El pene

El **pene** está formado por nervios, vasos sanguíneos, tejido fibroso y tres cilindros paralelos de tejido esponjoso. No contiene huesos ni gran masa muscular, contrariamente a lo que piensan algunas personas. Sin embargo, posee una extensa red de fibras musculares en su base, las cuales ayudan a expulsar el semen y la orina a través de la uretra.

Una porción de este órgano se extiende internamente hacia la cavidad pélvica. A esta parte, incluida su unión a los huesos púbicos, se le conoce como la **raíz**. Cuando el pene está erecto, el individuo puede sentir su proyección interna haciendo presión con el dedo entre el ano y el escroto. La parte externa, sin incluir la cabeza, es conocida como el **cuerpo**. La cabeza lisa en forma de bellota es conocida como **glande**.

A todo lo largo del pene se extienden tres cilindros. Los dos más grandes, los **cuerpos cavernosos** (*corpora cavernosa*) se encuentran uno a cada lado del tercer cilindro más pequeño, el **cuerpo esponjoso** (*corpus spongiosum*). En la raíz del pene los extremos más internos de los cuerpos cavernosos, o *crura*, se conectan a los huesos púbicos. En la cabeza del pene, el cuerpo esponjoso se expande para formar el glande. Estas estructuras se muestran en la **figura 5.1**.

Todos estos cilindros tienen una estructura similar. Como lo indican los términos *cavernoso* y *esponjoso*, los cilindros están hechos de espacios irregulares y cavidades como si fueran una esponja. También tienen abundantes vasos sanguíneos. Cuando un hombre se excita, los cilindros se llenan de sangre y se produce la erección. Duran-



➡ **Figura 5.1** Estructura interior del pene: (a) vista desde arriba y (b) corte transversal.

te la excitación sexual, el cuerpo esponjoso se puede distinguir como un borde rígido a lo largo de la cara inferior del pene.

La piel que cubre el cuerpo del pene generalmente carece de vello y está muy holgada, lo que permite la dilatación de este órgano durante la erección. Aunque la piel se conecta con el cuerpo del pene en el cuello (la porción que se encuentra justo detrás del glande), parte de ésta cubre el glande y forma una capucha. Esta cubierta holgada se llama **prepucio**. En algunos hombres cubre toda la cabeza, mientras que en otros solamente una parte. Por lo general, el prepucio puede retraerse con facilidad. La circuncisión es la remoción quirúrgica de esta porción de piel. Aunque en nuestra cultura es algo común, la circuncisión es sólo uno de los muchos procedimientos que se practican en todo el mundo para modificar los genitales masculinos, como se describe en el siguiente recuadro sobre sexualidad y diversidad, donde se analiza la modificación y mutilación de los genitales masculinos.

Prepucio Cubierta de piel sobre el glande del pene.

SEXUALIDAD Y DIVERSIDAD

Modificación genital masculina: creencias y prácticas culturales

En todo el mundo la gente tiene creencias arraigadas acerca de la importancia e implicaciones de alterar los genitales masculinos mediante varios procedimientos. Estos rituales y costumbres han sido descritos a través de los años. (La modificación genital femenina también ha sido muy difundida, como se vio en el capítulo anterior.)

La alteración genital masculina más común es la *circuncisión*, que es la remoción quirúrgica del prepucio. La circuncisión se practica en muchas sociedades por razones religiosas, rituales o higiénicas. Históricamente, es una práctica antigua. Los exámenes realizados a momias egipcias han revelado evidencia de su uso en el año 6000 a.C., y algunos archivos egipcios de por lo menos 5 mil años de antigüe-

dad describen a hombres circuncisos. Los aborígenes australianos, los musulmanes y algunas tribus africanas también han utilizado este procedimiento para marcar un rito de cambio de vida o para señalar un trato con Dios (Melvy, 2002b).

Según las escrituras (*Génesis* 17:9-27), los judíos han practicado la circuncisión por miles de años como rito religioso. La ceremonia, llamada *bris*, se lleva a cabo el octavo día después del nacimiento. De manera similar, los seguidores del Islam tienen una antigua tradición del uso de la circuncisión. Aunque ésta es una costumbre generalizada en el Oriente Medio y en sociedades africanas, actualmente es poco común en Europa.

Una variación de esta cirugía llamada *superincisión* (en la cual el prepucio en lugar de ser removido es cortado a lo largo en la porción superior), es practicada entre algunas culturas del Sudpacífico como una especie de rito de cambio de vida o de iniciación a la madurez sexual (Gregersen, 1996). Dos sociedades que llevan a cabo este procedimiento cuando un chico llega a la adolescencia, se encuentran en las islas Mangaia y las Marquesas (Marshall, 1971; Suggs, 1962).

La *castración*, extirpación de los testículos, es una mutilación genital masculina extrema que también tiene sus orígenes en la antigüedad. Esta práctica ha sido justificada por varias razones: para evitar la actividad sexual entre los guardias de los harenes (eunucos) y sus custodiadas, hacer dóciles a los prisioneros de guerra, conservar las voces de soprano de niños de coros europeos durante la Edad Media, y como parte de ceremonias religiosas (en el antiguo Egipto cientos de niños eran castrados en una sola ceremonia). En Estados Unidos, a mediados del siglo XIX, la castración se llevaba a cabo como cura del mal de la masturbación (Melvy, 2002b). Durante este mismo periodo las revistas médicas estadounidenses reportaban su uso como tratamiento exitoso contra la “demencia”.

En tiempos más modernos se ha llevado a cabo la castración por razones legales, ya sea como un método de selección eugénica (por ejemplo, para evitar que una persona con problemas mentales tenga descendencia) o como un método disuasivo contra criminales sexuales (véase el capítulo 6). El fundamento ético de estas operaciones es controversial. Finalmente, en algunas ocasiones se efectúan como parte del tratamiento médico de enfermedades como el cáncer de próstata y la tuberculosis genital (Parker y Dearnaley, 2003; Pickett y colaboradores, 2000).

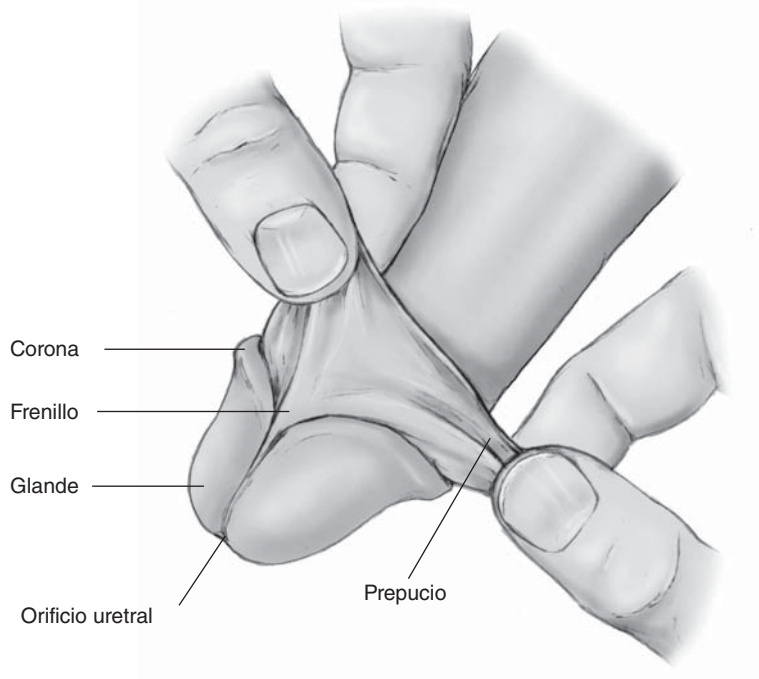
Todo el pene es sensible al tacto, pero la mayor concentración de terminales nerviosas se encuentra en el glande. Aunque toda el área del glande es muy sensible, muchos hombres descubren que dos puntos específicos lo son particularmente a la estimulación. Uno de esos puntos es el borde o protuberancia que marca el área donde el glande emerge abruptamente del cuerpo. Este borde distintivo se llama **corona**. Otro punto es el **frenillo**, una tira delgada de piel que conecta al glande con el cuerpo en la cara inferior del pene. La ubicación de estas dos áreas se muestra en la **figura 5.2**.

La mayoría de los varones obtiene placer con la estimulación del glande, especialmente en las áreas mencionadas, pero las preferencias varían. Algunos eligen ser estimulados en otras áreas genitales distintas. La forma de estimulación, ya sea manual (por sí mismo o por su pareja) u oral, puede influir en la predilección del sitio. Algunas de estas variaciones y preferencias se muestran en las siguientes declaraciones:

Cuando me masturbo suelo evitar la cabeza de mi pene y me concentro en el cuerpo. La estimulación no es tan intensa, lo que me da mayor tiempo para alcanzar el orgasmo. Generalmente el resultado es que el clímax es más intenso que si me concentrara sólo en el glande. (Archivo de los autores.)

Corona Borde del glande.

Frenillo Porción de piel muy sensible que conecta el glande con el cuerpo, por debajo del pene.



➡ **Figura 5.2** Parte inferior de un pene no circuncidado que muestra la ubicación de la corona y el frenillo, dos áreas que tienen una gran concentración de terminaciones nerviosas.

Durante el sexo oral con mi novia, a veces tengo que agarrarme el pene y dejar la cabeza afuera para que ella sepa cuál es la parte que se siente mejor. De otra manera ella pierde el tiempo lamiendo todo el cuerpo del pene, lo que no me da placer. (Archivo de los autores.)

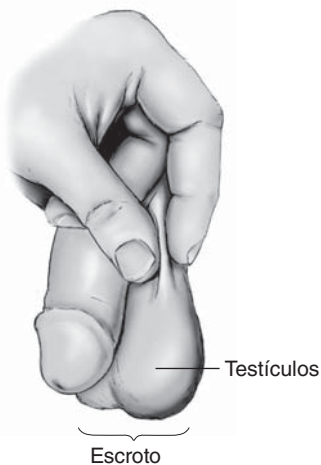
Fortalecimiento de los músculos alrededor del pene

Como ya se mencionó, la extensión interna del pene está rodeada por una intrincada red de fibras musculares comparable con la del cuerpo femenino, y su fortalecimiento mediante ejercicios de Kegel también puede producir beneficios en los hombres, al igual que ocurre con las mujeres. En muchos varones, estos músculos son muy débiles, ya que solamente se contraen durante la eyaculación. La siguiente descripción, adaptada de *Male Sexuality* (Zilbergeld, 1978, p. 109), es una guía breve de cómo localizar y fortalecer estos músculos:

1. Para localizar estos músculos, detenga el flujo de orina varias veces durante la micción. Los músculos que usted contrae para orinar son aquellos en los que se tiene que concentrar. Si lo hace en forma correcta mientras no orina, notará que su pene se mueve ligeramente. Los ejercicios de Kegel hechos durante la erección harán que su pene se mueva hacia arriba y hacia abajo.
2. Empiece el programa de ejercicios contrayendo y relajando los músculos en 15 ocasiones, dos veces al día. No aguante la contracción en esta etapa. (Éstos son los llamados *ejercicios cortos de Kegel*.)
3. Gradualmente aumente la cantidad de ejercicios hasta que alcance 60 contracciones por sesión dos veces al día.
4. Ahora haga los *ejercicios largos de Kegel* y aguante la contracción contando hasta tres.
5. Combine los ejercicios largos y los cortos en cada rutina diaria y haga 60 repeticiones de cada uno, una o dos veces al día.
6. Continúe con los ejercicios durante varias semanas. Puede no ver resultados sino hasta después de un mes. Para entonces los ejercicios se habrán hecho automáticos y no necesitará mayor esfuerzo.



Salud sexual



➔ **Figura 5.3** El escroto y los testículos. El cordón espermático puede ser localizado palpando la bolsa escrotal por arriba de cada testículo con el pulgar y el dedo índice.

Escroto La bolsa de piel de los genitales externos masculinos que contiene los testículos.

Testículo Glándula sexual masculina que produce espermatozoides y hormonas sexuales.

Cordón espermático Cordón conectado al testículo que contiene el conducto deferente, vasos sanguíneos, nervios y fibras del músculo cremastérico.

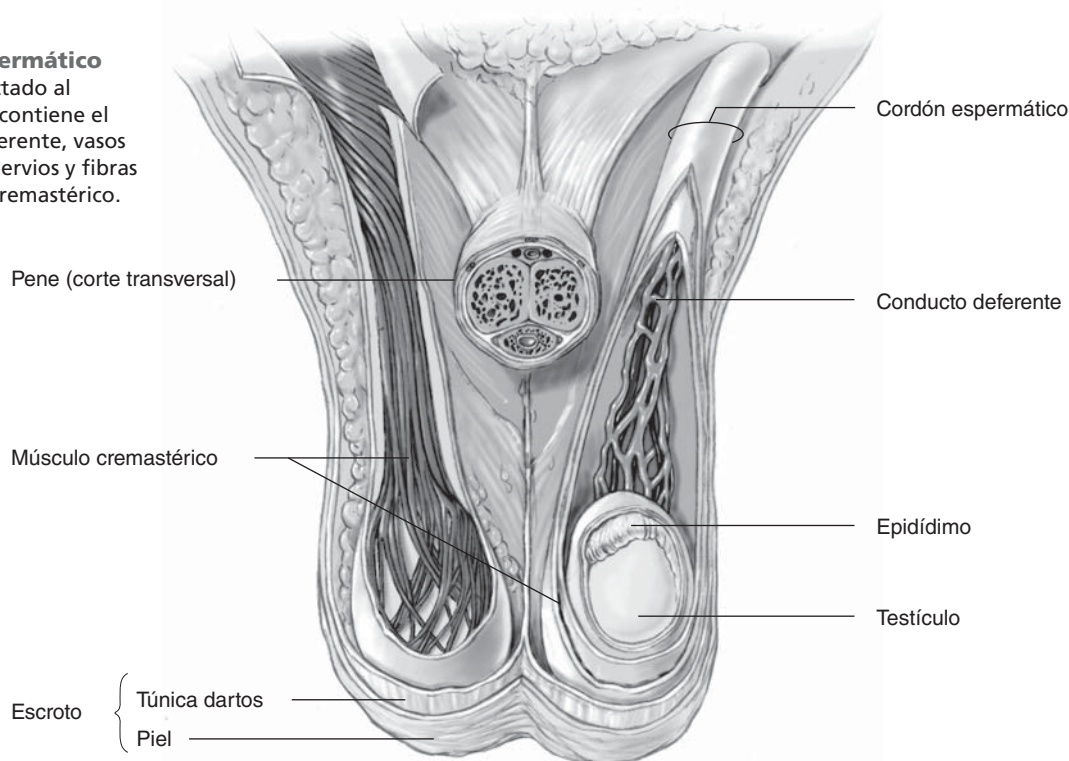
Algunos de los cambios positivos que han reportado los hombres después de haber hecho los ejercicios de Kegel son: orgasmos más intensos y más placenteros, mayor control de la eyaculación y aumento de la sensibilidad pélvica durante la excitación sexual. ■

El escroto

El **escroto** o bolsa escrotal es un saco de piel que se encuentra fuera de la pared abdominal, en el área genital directamente por debajo del pene (➔ **figura 5.3**). Cuelga libremente, apartado de la pared abdominal, aunque el frío y la estimulación sexual pueden provocar que se retraiga hacia el cuerpo. La bolsa escrotal está formada por dos capas. La capa externa es una cubierta de piel delgada más oscura que el resto de la piel del cuerpo. Por lo general, se cubre parcialmente de vello durante la adolescencia. La segunda capa, conocida como *túnica dartos*, está compuesta de fibras musculares lisas y tejido conectivo fibroso.

Dentro de la bolsa escrotal hay dos compartimentos separados, cada uno de los cuales contiene un **testículo** (véase el diagrama de los testículos dentro de la bolsa escrotal en la ➔ **figura 5.4**). Cada testículo se encuentra suspendido en su compartimiento por el **cordón espermático**. Este cordón contiene el tubo transportador de espermatozoides, o *conducto deferente*, vasos sanguíneos, nervios y *fibras musculares cremastéricas*, que afectan la posición del testículo en la bolsa escrotal. Estos músculos se contraen voluntariamente y hacen que los testículos se muevan hacia arriba. Muchos hombres pueden provocar este efecto a voluntad con la práctica; este ejercicio es una manera de que el hombre se familiarice más con su cuerpo. Como se muestra en la **figura 5.3**, el cordón espermático puede ser localizado palpando el escroto por encima de cada testículo con el pulgar y el índice. El cordón espermático es un tubo firme bastante pronunciado.

El escroto es sensible a cualquier cambio de temperatura, y los numerosos receptores sensoriales que se encuentran en su piel brindan información que evita que



➔ **Figura 5.4** Estructuras internas del escroto. Esta ilustración muestra un corte de porciones del escroto donde se observan el músculo cremastérico, el cordón espermático, el conducto deferente y un testículo dentro de la bolsa escrotal.

los testículos estén muy calientes o muy fríos. Cuando el escroto se enfría, la túnica dartos se contrae, la capa externa de piel se arruga y los testículos se acercan al calor del cuerpo. Este proceso es involuntario y en ocasiones la reacción tiene consecuencias muy divertidas:

Cuando tomé clases de natación en la preparatoria, el regreso a los vestidores siempre era algo traumático. Después de quitarme el traje de baño, parecía que tenía que ponerme a buscar mis testículos. Los demás chicos tenían el mismo problema, ya que se la pasaban tirando y jalando para poner todo de vuelta en su lugar. (Archivo de los autores.)

Otro tipo de estimulación que provoca que el escroto se aproxime al cuerpo es la de tipo sexual. Una de las indicaciones externas más claras del orgasmo masculino es la elevación de los testículos a su máximo nivel. El principal músculo escrotal involucrado en esta respuesta es el cremastérico. El miedo repentino también puede causar fuertes contracciones de este músculo, y también se pueden causar golpeando la ingle. A esta respuesta se le conoce como *reflejo cremastérico*.

Los testículos

Los testículos tienen dos funciones principales: la secreción de hormonas sexuales y la producción de espermatozoides. Se forman dentro de la cavidad abdominal, y más tarde, durante el desarrollo del feto, migran a través del *canal inguinal* del abdomen al escroto (Ferrer y McKenna, 2000).

Al nacer, los testículos normalmente se encuentran en el escroto, pero en algunos casos uno o ambos no han descendido. Este problema, conocido como **criptorquidia** (que significa “testículo escondido”), afecta de 3 a 5% de los niños varones (Kollin y colaboradores, 2006). Por lo general, los testículos no descendidos se colocan en su lugar de manera espontánea en algún instante después del nacimiento. Sin embargo, si no han descendido a los seis meses de edad, la probabilidad de que bajen espontáneamente es pequeña (Kelsberg y colaboradores, 2006).

Los padres del niño deben ser cuidadosos con la criptorquidia, en especial cuando ambos testículos se encuentran comprometidos, pues la producción de espermatozoides se ve afectada por la temperatura. La temperatura escrotal promedio está algunos grados por debajo de la corporal, y la producción de espermatozoides parece ser óptima a la temperatura menor. Los testículos no descendidos permanecen a la temperatura interna del cuerpo, la cual es muy alta para una producción normal de espermatozoides, lo que puede provocar problemas de infertilidad (Kelsberg y colaboradores, 2006; Kollin y colaboradores, 2006). La criptorquidia también está asociada con un elevado riesgo de padecer cáncer testicular (Dunleavey, 2006; Kollin y colaboradores, 2006). En ocasiones, se necesita tratamiento quirúrgico u hormonal para corregir este problema (Kollin y colaboradores, 2006; Vinardi y colaboradores, 2001). ■

En la mayoría de los hombres los testículos son asimétricos. Nótese en la figura 5.3 que el testículo izquierdo se encuentra más abajo que el derecho. Esto normalmente es así porque el cordón espermático izquierdo es más largo que el derecho. Es común atribuir esta diferencia a la masturbación excesiva, pero esto no es cierto. Este hecho es similar al de que una mujer tenga una mama más grande que la otra. Es sólo que nuestros cuerpos no son perfectamente simétricos.

Es importante que los hombres se familiaricen con sus testículos y los examinen con regularidad. Éstos pueden ser afectados por diversas enfermedades, como el cáncer, los padecimientos de transmisión sexual y otras infecciones. (Las enfermedades de los órganos sexuales masculinos se estudian al final de este capítulo y en el 15.) Muchas tienen síntomas observables y su detección temprana permite el tratamiento rápido, así como evitar complicaciones más serias. ■

Criptorquidia Problema en el que los testículos no descienden de la cavidad abdominal a la bolsa escrotal.



Salud sexual



Palabras para consultar en InfoTrac

● Criptorquidia



Salud sexual

Desafortunadamente, la mayoría de los hombres no tiene la costumbre de examinar sus testículos. Hay estudios sobre estudiantes varones de preparatoria que revelan que el porcentaje de aquellos que los revisan con regularidad es muy bajo: quizás 2%. Incluso entre estudiantes universitarios el porcentaje es muy bajo, probablemente menos de 10% (Adelman y Joffe, 2000; Best y Davis, 1997). Además, un estudio indica que la enseñanza del autoexamen testicular en las preparatorias es muy poco común (Wohl y Kane, 1997). Sin embargo, este proceso simple, indoloro y que puede salvar la vida sólo toma unos minutos y es un método excelente para detectar señales tempranas de enfermedad. Este procedimiento se describe e ilustra en el recuadro “Autoexamen genital masculino”.

Los túbulos seminíferos

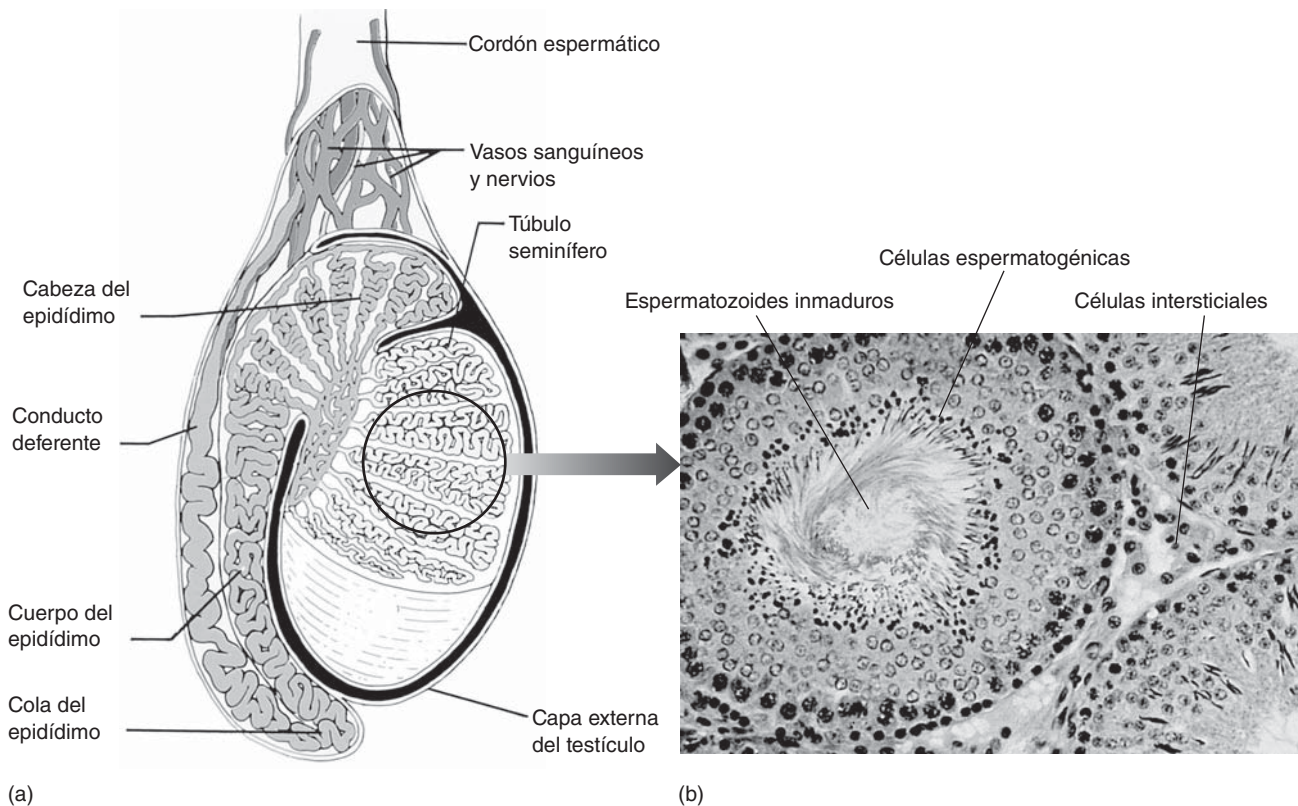
Dentro de los testículos existen dos áreas separadas involucradas en la producción y el almacenamiento de espermatozoides. La primera de éstas, los **túbulos seminíferos**, son estructuras delgadas y enrolladas que se encuentran en los aproximadamente 250 lóbulos coniformes que forman el interior de cada testículo (➡ **figura 5.5**). La producción de espermatozoides se lleva a cabo en estos túbulos y por lo general comienza poco antes de la pubertad. Los hombres generan espermatozoides viables hasta que son ancianos, por lo general hasta que mueren, aunque la tasa de producción disminuye con la edad. Las **células intersticiales** o *células de Leydig* se sitúan entre los túbulos seminíferos. Estas células son la principal fuente de andrógenos, y su proximidad con los vasos sanguíneos permite la descarga directa de sus hormonas al torrente sanguíneo. (Estudiaremos el papel de las hormonas en el comportamiento sexual en el capítulo 6.)

Túbulos seminíferos

Estructuras delgadas enrolladas en el interior de los testículos en las que se producen los espermatozoides.

Células intersticiales

Células localizadas entre los túbulos seminíferos que son la mayor fuente de andrógenos en los varones.



➡ **Figura 5.5** (a) Estructura interna de un testículo. Los espermatozoides son producidos en los túbulos seminíferos y transportados al epidídimo, que sirve como lugar de almacenamiento. (b) Corte transversal de los túbulos seminíferos que muestra las células espermatogénicas (productoras de espermatozoides) y las intersticiales.

Autoexamen genital masculino

Nuestros lectores varones pueden realizar un autoexamen de sus genitales de pie, reclinados en un sillón o sentados (véase la foto). Un buen momento para hacerlo es después de haber tomado un baño con agua caliente, ya que el calor hace que el escroto se relaje y los testículos descendan. De esta manera es más fácil detectar cualquier problema extraño.

Primero, observe el ciclo cremastérico de contracción y relajación, y trate de iniciar el reflejo cremastérico. Explore los testículos uno por uno. Coloque los pulgares de ambas manos en la parte superior de uno de ellos y los dedos índice y medio en la parte inferior. Presione ligeramente y deslice el testículo entre las yemas de sus dedos. La superficie debe ser bastante lisa y de consistencia firme. El contorno y la textura de los testículos varían de un individuo a otro, y es importante conocer su propia anatomía para poder notar algún posible cambio. Tener dos testículos permite hacer comparaciones directas, lo que es de mucha ayuda para descubrir anomalías (aunque es común que uno sea de mayor tamaño que el otro). Si existen áreas inflamadas o dolorosas al tacto, puede haber una infección. El epidídimo, que se encuentra a lo largo de la cara trasera de cada testículo, ocasionalmente se infecta y produce sensibilidad al tacto en un área determinada. Esté pendiente de cualquier masa testicular



© Joel Gordon

El autoexamen favorece y aumenta la familiaridad del varón con sus genitales. Cualquier irregularidad, como un bulto o alguna área sensible en el escroto, deberá ser motivo inmediato de consulta con un médico.

que se sienta dura o irregular al tacto y que sea indolora. Esta masa, que puede no ser mayor a un chícharo o guisante, podría ser indicativo de cáncer testicular en etapa temprana. Aunque es relativamente raro, puede avanzar muy rápido. La detección temprana y el tratamiento oportuno son esenciales para la recuperación exitosa. El cáncer testicular se estudia al final de este capítulo.

Mientras revisa sus genitales, esté pendiente de cualquier cambio en su pene. Alguna ampolla o cualquier tipo de crecimiento en su superficie puede ser señal de un proceso infeccioso, de una enfermedad de transmisión sexual y, en casos muy raros, de cáncer de pene. Aunque éste se encuentra entre los tipos más raros, también es uno de los más traumáticos y mortales si no se detecta y se trata oportunamente (Gordon y colaboradores, 1997). El cáncer de pene, por lo general, comienza con una úlcera en el glándulo o en el prepucio (si no está circuncidado). La úlcera puede permanecer sin cambios por semanas, meses o años hasta que se convierte en una

lesión en forma de colífor que se inflama y es sensible. Obviamente, el mejor momento para buscar atención médica es cuando aparece la úlcera, que es cuando el pronóstico aún es bueno.

El epidídimo

La segunda área de importancia para el procesamiento de espermatozoides es el **epidídimo** (literalmente, “sobre el testículo”). Los espermatozoides producidos en los túbulos seminíferos se mueven a través de una serie de pequeños conductos hacia el interior de esta estructura con forma de C que se adhiere a la superficie trasera y superior de cada testículo (véase la figura 5.5). La evidencia sugiere que el epidídimo sirve principalmente como cámara de almacenamiento donde los espermatozoides maduran por varias semanas. Durante este tiempo son completamente inactivos. Los investigadores piensan que en este periodo también ocurre un proceso de selección, durante el cual los espermatozoides anormales son eliminados por el sistema de expulsión de desechos del cuerpo.

El conducto deferente

Los espermatozoides acumulados en el epidídimo drenan hacia el **conducto deferente**, que es un ducto delgado y corto que atraviesa el escroto dentro del cordón espermático. En su recorrido, el conducto deferente finaliza cerca de la superficie del

Epidídimo Estructura localizada en la parte posterior de cada testículo donde ocurre la maduración de los espermatozoides.

Conducto deferente Tubo que transporta espermatozoides; empieza en el testículo y termina en la uretra.

Vasectomía Procedimiento de esterilización masculina en el que se extirpa una porción de cada conducto deferente.

Conductos eyaculatorios Dos ductos cortos ubicados dentro de la próstata.

Uretra Tubo a través del cual pasa la orina de la vejiga al exterior del cuerpo.

Vesículas seminales Pequeñas glándulas adyacentes al extremo final del conducto deferente que secretan un líquido alcalino (auxiliar en la movilidad de los espermatozoides), el cual constituye la mayor parte del líquido seminal liberado durante la eyaculación.

escroto, lo que hace bastante simple hacer la **vasectomía**, un procedimiento común de esterilización masculina. (La vasectomía se estudia en el capítulo 10.)

El cordón espermático sale de la bolsa escrotal a través del canal inguinal, una abertura que lleva directo a la cavidad abdominal. Desde este punto, el conducto deferente continúa su trayecto hacia arriba hasta la parte superior de la vejiga y rodea el uréter, como se muestra en la **figura 5.6** (Este trayecto es esencialmente el reverso de la ruta tomada por los testículos durante su descenso prenatal.) Cuando baja, el conducto deferente alcanza la base de la vejiga, donde se le une el conducto excretor de la *vesícula seminal* para formar el **conducto eyaculador**. Los dos conductos eyaculadores (uno de cada lado) son muy cortos y se encuentran completamente dentro de la próstata. Al final terminan en la porción prostática de la **uretra**, que es el tubo a través del cual pasa la orina que proviene de la vejiga.

Las vesículas seminales

Las **vesículas seminales** son dos pequeñas glándulas adyacentes a las terminales del conducto deferente (véase la figura 5.6) Aún no se conoce muy bien el papel que juegan dentro de la fisiología sexual. Anteriormente se pensaba que funcionaban como almacenaje de espermatozoides. Sin embargo, ahora se sabe que secretan un fluido alcalino rico en fructuosa. Esta secreción constituye una buena parte del líquido seminal, tal vez hasta 70%, y el azúcar que contiene parece contribuir a la nutrición y movilidad de los espermatozoides (Spring-Mills y Hafez, 1980). Hasta este punto, en su recorrido desde los testículos, los espermatozoides son transportados en un elaborado sistema de conductos por el continuo movimiento de *cilios*, pequeñas estructuras que parecen pelos, las cuales cubren las paredes internas de estos conductos. Sin embargo, una vez estimulados por las secreciones energéticas de las vesículas seminales, los espermatozoides adquieren movimiento propio valiéndose de sus colas.

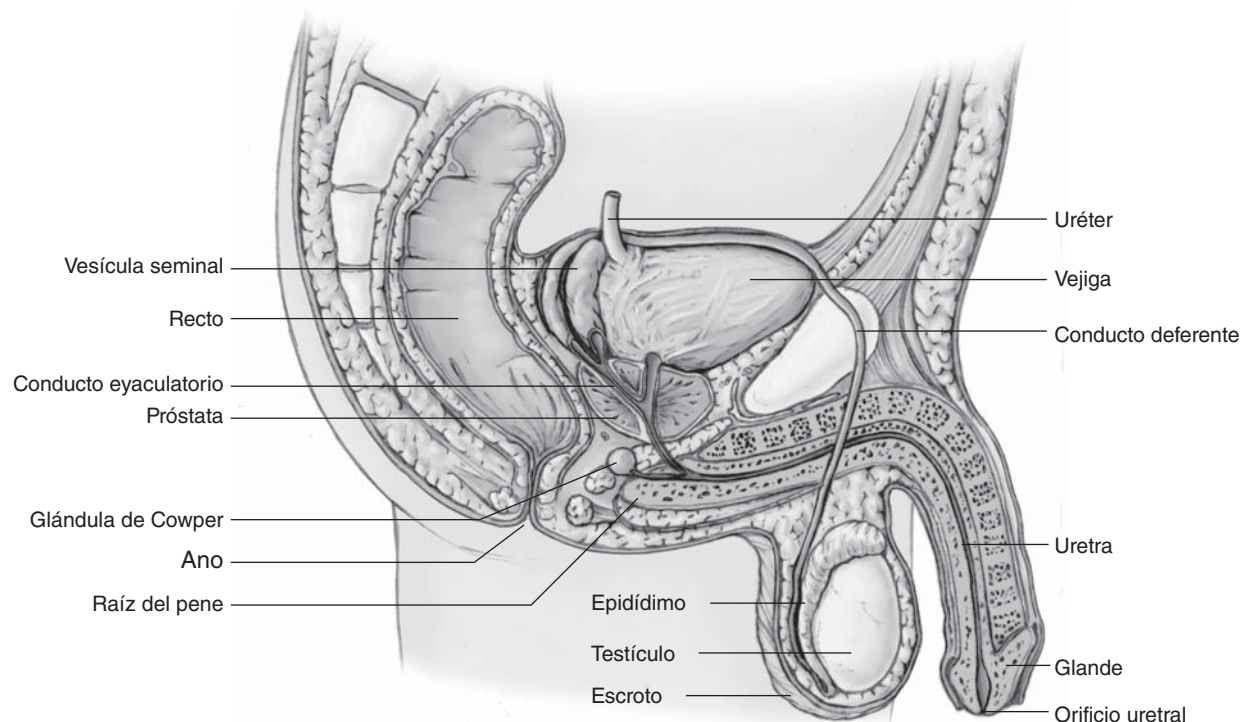


Figura 5.6 Anatomía sexual masculina: corte transversal de los órganos reproductores.

La próstata

La **próstata** es una estructura del tamaño y la forma de una nuez, que se localiza en la base de la vejiga (véase la figura 5.6). Como ya se mencionó, ambos conductos eyaculatorios y la uretra pasan a través de esta glándula. La próstata está formada por fibras musculares lisas y tejido glandular, cuyas secreciones constituyen 30% del líquido seminal liberado durante la eyaculación.

Aunque la próstata está activa continuamente en el varón maduro, acelera su producción durante la excitación sexual. Sus secreciones fluyen dentro de la uretra a través de un sistema de ductos; allí éstas se combinan con el esperma y las secreciones de las vesículas seminales para formar el fluido seminal. Las secreciones prostáticas son poco espesas, lechosas y alcalinas. La alcalinidad ayuda a contrarrestar la desfavorable acidez de la uretra masculina y el tracto vaginal, lo que hace más hospitalario el ambiente para el esperma. Estudiaremos algunos asuntos acerca de la salud de la glándula prostática al final de este capítulo.

Las glándulas de Cowper

Las **glándulas de Cowper** o *glándulas bulbouretrales* son dos pequeñas estructuras del tamaño de un chícharo, localizadas una a cada lado de la uretra justo por debajo del punto donde ésta sale de la próstata (véase la figura 5.6). Pequeños conductos conectan ambas glándulas directamente a la uretra. Cuando un hombre está sexualmente excitado, estos órganos secretan una sustancia resbalosa, como moco, que aparece en gotas en la punta del pene. Al igual que las secreciones prostáticas, este fluido es alcalino y ayuda a reducir la acidez de la uretra; también se cree que ayuda a lubricar el flujo de líquido seminal a través de la uretra. Contrario a lo que se piensa, este fluido no sirve de lubricante vaginal durante el coito. En muchos hombres no aparece sino hasta después de iniciada la excitación sexual, por lo general justo antes del orgasmo. Algunos hombres reportan que la gota aparece inmediatamente después de la erección, y otros nunca la producen. Todas estas experiencias son variaciones normales del funcionamiento sexual masculino.

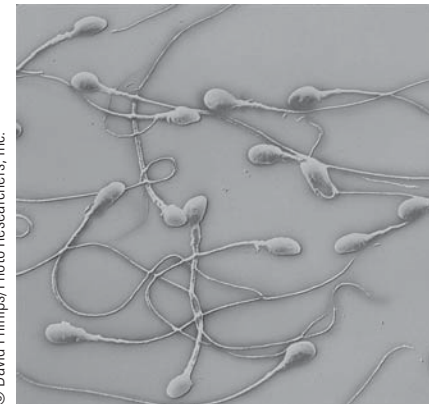
El fluido de las glándulas de Cowper no debe ser confundido con el semen; sin embargo, en ocasiones contiene espermatozoides sanos y activos. Éste es un motivo por el cual el coito interrumpido no es un buen método anticonceptivo. (El coito interrumpido y otros métodos de anticoncepción se examinan en el capítulo 10.)

El semen

Como hemos visto, el **semen** o **líquido seminal** que se eyacula a través de la abertura del pene proviene de varias fuentes. Los fluidos vienen de las vesículas seminales, la próstata y las glándulas de Cowper, y la mayor parte proviene de las vesículas seminales (Eliasson y Lindholmer, 1976; Spring-Mills y Hafez, 1980). La cantidad de fluido seminal que un hombre eyacula (en promedio, una cucharadita) depende de muchos factores, incluyendo el tiempo transcurrido desde la última eyaculación, el tiempo de excitación antes de la eyaculación y la edad (los hombres mayores producen menos fluido). El semen de una sola eyaculación contiene en promedio entre 200 y 500 millones de espermatozoides, que representa tan sólo 1% del total del volumen del fluido. El análisis químico muestra que el semen también está compuesto por ácido ascórbico y ácido cítrico, agua, enzimas, fructuosa, bases (fosfatos y bicarbonatos) y otras sustancias. Ninguno de estos componentes es de peligro si se traga durante el sexo oral. Sin embargo, el semen de una persona infectada con el virus del sida puede transmitir el virus a la pareja si quien lo recibe tiene heridas abiertas o encías sangrantes en su boca (véase el capítulo 15).

Próstata Glándula localizada en la base de la vejiga que produce 30% del líquido seminal liberado durante la eyaculación.

Glándulas de Cowper Dos glándulas del tamaño de un chícharo localizadas en la base de la uretra que secretan un líquido alcalino durante la excitación sexual.



© David Phillips/Photo Researchers, Inc.

Espermatozoides vistos bajo el microscopio.

Semen o líquido seminal Fluido viscoso eyaculado a través del pene; contiene espermatozoides y fluidos de la próstata, las vesículas seminales y las glándulas de Cowper.

🔹 Funciones sexuales masculinas

Hasta este punto hemos visto varias partes del sistema sexual masculino, pero no hemos analizado su funcionamiento con detalle. En las páginas siguientes estudiaremos dos de estas funciones: la erección y la eyaculación.

La erección

Erección Proceso por el cual el pene o el clítoris se llenan de sangre y aumentan de tamaño.

Una **erección** es un proceso coordinado por el sistema nervioso autónomo (Manecke y Mulhall, 1999). Cuando un hombre se excita sexualmente, el sistema nervioso envía mensajes que causan la expansión de las arterias que irrigan los tres cilindros eréctiles del pene. Como resultado, el flujo sanguíneo de estos cilindros paralelos aumenta rápidamente. Y como el flujo de sangre que sale del pene a través de las venas es mucho menor, la sangre se acumula en los tejidos que parecen esponjas de los tres cilindros eréctiles, lo que causa una erección. El pene permanece erecto hasta que cesan los mensajes provenientes del sistema nervioso central y el flujo sanguíneo regresa a la normalidad.

La capacidad de erección está presente desde el nacimiento. Es común y natural que los niños tengan erecciones durante el sueño o el cambio de pañales, por la estimulación de la ropa y, más adelante, por el tacto. Las erecciones nocturnas ocurren durante la fase de movimientos oculares rápidos (REM, por sus siglas en inglés) del sueño (Chung y Choi, 1990). Los juegos eróticos tienen un papel importante, pero el mecanismo principal parece ser fisiológico, y a menudo las erecciones se presentan cuando los sueños no tienen contenido sexual. Por lo general, un hombre despierta en las mañanas justo después de completar la fase REM. Esto explica el fenómeno de las erecciones matutinas, que antes se pensaba erróneamente que eran producto de una vejiga llena.

Aunque la erección es básicamente una respuesta fisiológica, también involucra componentes psicológicos. De hecho, algunos autores hacen una diferencia entre erecciones psicogénicas (de la mente) y fisiológicas (del cuerpo), aun cuando en la mayoría de los casos de excitación sexual los estímulos provienen tanto de los pensamientos como de la estimulación física.

¿Cuánto influye la mente en las erecciones? Sabemos que puede inhibir la respuesta: cuando un hombre tiene dificultades de erección, el problema puede ser psicológico, como estudiaremos en el capítulo 14. También existe evidencia de que los hombres pueden mejorar la erección con imágenes mentales vívidas o fantasías sexuales (Dekker y colaboradores, 1985; Smith y Over, 1987).

La eyaculación

Eyaculación Proceso por el cual el semen es expulsado del cuerpo a través del pene.

La segunda función sexual masculina básica es la **eyaculación**, que es el proceso por el cual el semen es expulsado a través del pene al exterior del cuerpo. Muchas personas piensan que el orgasmo masculino y la eyaculación son lo mismo. Sin embargo, estos dos procesos no siempre ocurren de manera simultánea. Antes de la pubertad, un chico puede tener cientos de “orgasmos secos”, que ocurren sin eyaculación de fluidos. En ocasiones, un hombre puede tener más de un orgasmo durante un encuentro sexual, donde en el segundo o tercero hay poca o ninguna eyaculación de semen. Así, aunque en general se asocia el orgasmo masculino con la eyaculación, lo cierto es que estos dos procesos no son el mismo y no necesariamente ocurren al mismo tiempo.

Desde un punto de vista neurofisiológico, la eyaculación, al igual que la erección, es básicamente un reflejo espinal (Truitt y Coolen, 2002). La estimulación sexual efectiva del pene (manual, oral o coital) causa acumulación de excitación neural hasta alcanzar un nivel crítico. Cuando se alcanza el umbral, se disparan varios eventos físicos internos.

La eyaculación real ocurre en dos etapas (➊ **figura 5.7**). Durante la primera, en ocasiones llamada **fase de emisión**, la próstata, las vesículas seminales y el *ámpula* (porción superior del conducto deferente) sufren contracciones. Estas contracciones hacen que varias secreciones se drenen al interior de los conductos eyaculatorios y de la uretra prostática. Al mismo tiempo, los *esfínteres uretrales* interno y externo (son dos músculos, uno localizado donde la uretra deja la vejiga y el otro, por debajo de la próstata) se cierran, y el líquido seminal se queda atrapado en el *bulbo uretral* (porción prostática de la uretra localizada entre estos dos músculos). El bulbo uretral se expande como un globo. Generalmente el hombre experimenta esta primera etapa como una sensación subjetiva de que el orgasmo es inevitable, o sea, el “punto donde no hay regreso” o “de inevitabilidad eyaculatoria”.

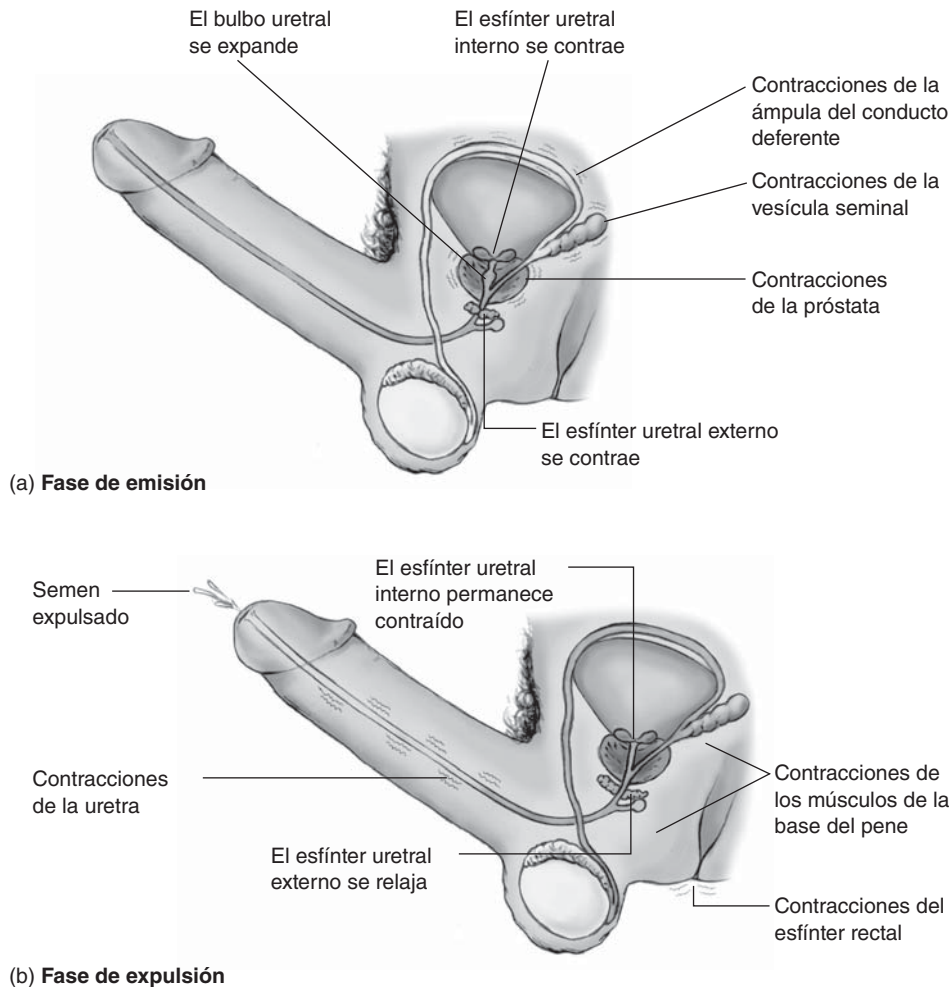
En la segunda etapa, en ocasiones llamada **fase de expulsión**, el semen es arrojado fuera del pene mediante fuertes contracciones rítmicas de los músculos que rodean el bulbo uretral y la raíz del pene. Además, las contracciones se presentan a lo largo de toda la ruta uretral. El esfínter uretral externo se relaja y permite el paso de fluido, mientras que el esfínter interno permanece contraído para evitar la salida de orina. Las primeras dos o tres contracciones musculares alrededor de la base del pene son bastante fuertes y se presentan a intervalos cortos. La mayor parte del líquido seminal es expulsado en chorros que corresponden a estas tensiones. Por lo general también hay respuesta de otros músculos, con una disminución gradual de intensidad y alargamiento de los lapsos entre cada contracción. La etapa de expulsión completa generalmente ocurre en un periodo de tres a diez segundos.

Fase de emisión

Primera etapa del orgasmo masculino donde el líquido seminal se acumula en el bulbo uretral.

Fase de expulsión

Segunda etapa del orgasmo masculino donde el semen es expulsado a través del pene mediante contracciones musculares.



➊ **Figura 5.7** Anatomía sexual masculina durante la eyaculación: (a) fase de emisión, y (b) fase de expulsión.

Eyacuación retrógrada

Proceso por el cual el semen se expulsa hacia la vejiga en vez de hacerlo hacia el exterior del cuerpo.



Salud sexual

Emisión nocturna

Eyacuación involuntaria durante el sueño, también conocida como *sueño húmedo*.

Algunos hombres tienen una experiencia conocida como **eyacuación retrógrada**, en la cual el semen se vierte en la vejiga y no se expulsa a través del pene. Esto sucede debido a un funcionamiento inverso de los esfínteres uretrales (el esfínter interno se relaja mientras que el externo se contrae). Esta situación se presenta, en ocasiones, en hombres que han sido sometidos a una cirugía de próstata (Kassabian, 2003). También pueden inducir esta reacción las enfermedades, anomalías congénitas y algunos medicamentos (principalmente tranquilizantes). La eyacuación retrógrada no es peligrosa por sí misma (el líquido seminal se elimina después por la orina). Sin embargo, un hombre que experimente esta reacción de manera frecuente debe buscar atención médica, no sólo porque la consecuencia puede ser esterilidad, sino porque la eyacuación retrógrada puede ser señal de un problema de salud. ■

En ocasiones, un hombre puede tener orgasmos sin estimulación genital directa. Los más comunes son las **emisiones nocturnas**, mejor conocidas como *sueños húmedos*. El mecanismo exacto por el cual se produce esta respuesta no se conoce con claridad. (Las mujeres también tienen orgasmos durante el sueño.) La posibilidad de que un hombre tenga un orgasmo usando tan sólo una fantasía, en estado de alerta, es muy remota, y nunca hemos escuchado de este fenómeno. Kinsey y asociados (1948) establecieron que de su muestra de 5 000 individuos, tan sólo tres o cuatro informaron esta experiencia. Por el contrario, un mayor número de mujeres en la muestra de Kinsey (2%) informó haber tenido un orgasmo a partir de una fantasía sexual (Kinsey y colaboradores, 1953). Otro tipo de eyacuación no genital inducida que reportan algunos hombres es el orgasmo que se alcanza durante el juego sexual (besos, estimulación manual u oral de la pareja) cuando no hay estimulación del pene.

❶ Preocupaciones acerca del funcionamiento sexual

Con frecuencia, los hombres expresan muchas preocupaciones acerca del funcionamiento sexual. Algunas de ellas se analizan en este libro. En este punto, queremos estudiar dos áreas que reciben considerable atención: el tamaño del pene y la necesidad y el impacto de la circuncisión. Se dice que ambas pueden afectar el placer sexual del hombre o de su pareja. En las siguientes secciones estudiaremos la evidencia disponible.

El tamaño del pene

Cuando era niño, mis amigos hacían comentarios crueles acerca del tamaño pequeño de mi pene. Decían cosas como: "Yo tengo un pene, John tiene un pene, pero tú tienes un pipí." No hay necesidad de decir que crecí con una autoestima muy pobre en esta área. Más tarde, la misma se convirtió en encuentros sexuales llenos de ansiedad, donde yo insistía en que las luces de la habitación estuvieran apagadas antes de desnudarme. Incluso ahora, cuando sé que el tamaño es irrelevante para dar placer, me sigue preocupando que mis parejas se quejen acerca del tamaño natural de mi pene. (Archivo de los autores.)

Toda la vida he estado molesto por el tamaño de mi pene. Siempre he evitado lugares como los baños públicos donde estoy expuesto a otros. Cuando mi pene está rígido, mide como 12 cm de largo, pero cuando está flácido es delgado y mide de 3 a 4 cm. No me gusta estar desnudo frente a las chicas con las que me acuesto; y además, con frecuencia me siento incómodo durante el acto sexual. (Archivo de los autores.)

Estos hombres no son los únicos que sienten molestia. Su voz se multiplica en muchos más de los que podemos recordar. El tamaño del pene ha ocupado la atención de muchos hombres y muchas mujeres a lo largo del tiempo. En general, es más la

Agrandamiento del pene

La preocupación acerca del tamaño del pene ha contribuido a un reciente surgimiento de la cirugía cosmética para agrandar esta parte del cuerpo. Los anuncios de alargamiento del pene ocupan un lugar importante en el correo *spam*, y en el Reino Unido se ha convertido en la cirugía cosmética más buscada por los británicos (Reuters, 2003). La *faloplastia*, que fue introducida en Estados Unidos hace una década, consiste en aumentar la longitud o el grosor del pene, o ambos. Para aumentar la longitud, el cirujano hace una incisión en la base del pene y corta los ligamentos que sujetan la raíz del pene a la pelvis. Esto permite que la porción que normalmente se encuentra dentro de la cavidad abdominal salga al exterior del cuerpo, aumentando así su longitud visible en una pulgada o más. El grosor se puede aumentar con implantes de tejido o con inyecciones de grasa tomada de otras áreas del cuerpo, normalmente del abdomen (Austoni y Guarneri, 1999; Taylor, 1995).

Aunque a la fecha no existen estudios controlados sobre alargamiento del pene, muchos reportes indican que los resultados de estos métodos son poco impresionantes y pueden causar desconcierto y desfiguramiento; incluso pueden resultar peligrosos (Collins, 2002; Fraser, 1999; Shuit, 1996). El corte de ligamentos puede provocar pérdida de la sensibilidad, cicatrización y cambio en el ángulo de erección (el pene erecto puede apuntar hacia abajo en lugar de hacia arriba). En ocasiones, el tejido cicatrizante puede reconectar los ligamentos cortados con la pelvis y esto suele producir una

retracción del pene mayor a la que había antes de la cirugía. A menudo la grasa inyectada es rechazada por el cuerpo, y esto deja el pene con una forma rara y con protuberancias. Muchos hombres que se han sometido a estos procedimientos han reportado que quedaron insatisfechos, avergonzados y molestos con los resultados (Shuit, 1996; Wessells y colaboradores, 1996).

Por lo general, los hombres que se someten a estos procedimientos tienen penes que no serían considerados pequeños en ningún estándar (Alexander, 1994). Este hecho, combinado con el aumento en la incidencia de cirugía cosmética, es una prueba de lo mucho que se extienden las preocupaciones del hombre por la aceptabilidad de su pene. Cualquiera que esté considerando someterse a alguna de estas operaciones debe ser muy cauteloso. En la actualidad existe muy poca evidencia de su eficacia. Además, ni la American Urological Association ni la American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons avalan ningún procedimiento para aumentar el tamaño del pene.

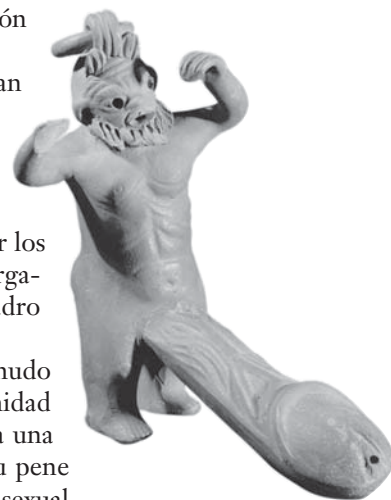
Últimamente han aparecido, en revistas para hombres y correo *spam*, muchos anuncios de cremas y pastillas para agrandar el pene. Estas sustancias “agrandadoras de pene” contienen generalmente preparados de hierbas y afrodisíacos como la yombina. Estos productos pueden aumentar el flujo sanguíneo mediante vasodilatación de las venas y así mejorar la erección, pero no existe ninguna evidencia de que aumenten el tamaño del pene (McQuire, 2005; Reid, 2003).

curiosidad lo que estimula el interés en el tema. Para muchos es una preocupación verdadera y quizás incluso causa de aprensión y angustia.

No es difícil entender por qué las dimensiones del pene parecen ser tan importantes. Como sociedad, tendemos a impresionarnos con el tamaño y la cantidad. Los automóviles grandes son mejores que los compactos; entre más grande es la casa, mejor, y por lo tanto los penes grandes dan más placer que los chicos. Ciertamente, las manifestaciones artísticas como la literatura, la pintura, la escultura y las películas tienen mucho que ver con esta obsesión por los penes grandes. La preocupación de algunos hombres por el tamaño de este órgano los lleva a buscar una solución quirúrgica, como se menciona en el recuadro “Agrandamiento del pene”.

El resultado de toda esta atención al tamaño es que los hombres a menudo ven en la dimensión de su pene un atributo importante para definir su masculinidad y su valía como buenos amantes. Tal concepto de virilidad puede contribuir a una imagen personal devaluada. Además, si un hombre o su pareja piensan que su pene es más chico de lo que debería ser, puede haber disminución de la satisfacción sexual para uno o para ambos (no por limitaciones físicas, sino por ideas preconcebidas que se convierten en una profecía que se cumple).

Como vimos en el capítulo 4, la mayor sensibilidad del canal vaginal se concentra en su parte externa. (Nos enfocamos aquí en las relaciones heterosexuales pene-vagina, ya que las preocupaciones acerca del tamaño del pene a menudo se relacionan con este tipo de actividad sexual). Aunque algunas mujeres sí encuentran placer en la



© Erich Lessing/Art. Resource, NY

La preocupación por el tamaño del pene es evidente en muchas culturas y manifestaciones artísticas.

presión y el roce vaginal profundo, por lo general esto no es necesario para alcanzar la gratificación sexual femenina. De hecho, algunas mujeres sienten que la penetración profunda es dolorosa, particularmente si es muy vigorosa.

Preguntó si el tamaño del pene es importante para mi placer. Sí, pero no como se lo imagina. Si el hombre lo tiene muy grande, me preocupa que pueda lastimarme. En realidad, prefiero que sea del tamaño promedio o más chico. (Archivo de los autores.)

? Pensamiento crítico

Suponga que está asignado a un debate sobre si existe alguna relación de causa-efecto entre el tamaño del pene y la satisfacción sexual de la mujer durante el coito vaginal. ¿Qué posición defendería usted? ¿Con qué evidencia respaldaría su posición?

Existe una explicación fisiológica para el dolor o la molestia que algunas mujeres sienten durante una penetración profunda. Como los ovarios de la mujer y los testículos del hombre se originan del mismo tejido embrionario, comparten parte de la misma sensibilidad. Si el pene entra fuertemente en el cérvix y desplaza ligeramente el útero, esto puede afectar un ovario. La sensación resultante es como si el hombre recibiera un golpe en los testículos. El estiramiento rápido de los ligamentos uterinos también ha sido implicado en el dolor producido por una penetración profunda. Sin embargo, algunas mujeres encuentran placer en el estiramiento lento de estos ligamentos.

Estas observaciones indican la importancia de ser amable y considerado durante el acto sexual. Si uno o los dos miembros de la pareja quieren experimentar movimientos más profundos y vigorosos, pueden hacerlo añadiendo estos componentes de manera gradual al coito. También puede ser de utilidad para la mujer colocarse en otra posición al realizar el coito, y no sólo colocarse debajo de su pareja (véase la figura 8.7), de modo que tenga más control sobre la profundidad y fuerza de la penetración.

La ➡ **figura 5.8** muestra varios penes flácidos (no erectos) de diferentes tamaños, todos dentro de las dimensiones normales. Vale la pena señalar que el tamaño del pene no está relacionado con la forma del cuerpo, la estatura, la longitud de los dedos, la raza u otra característica en particular (Money y colaboradores, 1984). También debemos mencionar que los penes flácidos pequeños tienden a aumentar más de tamaño durante la erección que aquellos que son de mayor tamaño al estar flácidos (Jamison y Gebhard, 1988; Masters y Johnson, 1966). También es importante resaltar que, aunque la evidencia psicológica indica que los penes grandes no necesariamente brindan placer a la mujer durante el coito, algunas tienen preferencias subjetivas con relación a su tamaño y forma, al igual que los hombres tienen el mismo tipo de preferencias por los senos femeninos. Sin embargo, los estudios indican que las mujeres no se excitan más con descripciones de penes grandes que con las de penes medianos o pequeños (Fisher y colaboradores, 1983).

Por último, finalizamos esta sección con otro interesante fenómeno que refleja la extraña preocupación acerca del pene que algunos hombres experimentan en otras culturas en proporciones epidémicas: el koro.



➡ **Figura 5.8** Existen muchas variaciones en la forma y el tamaño de los genitales masculinos. El pene en la foto de la derecha no está circuncidado.

Koro: síndrome de retracción genital

El **síndrome de retracción genital** (SRG) es un raro fenómeno cultural que ha llamado poderosamente la atención en muchas áreas del mundo, en especial en África y Asia. El SRG, al que se conoce por diferentes nombres locales o frases que significan “pene encogido”, por lo general se denomina **koro**. Un hombre que sufre de koro cree que es víctima de una enfermedad contagiosa que provoca el encogimiento del pene, una idea que empeora con las tradiciones locales que advierten que este problema puede causar la muerte (Kovacs y Osvath, 2006; Ritts, 2003; Vaughn, 2006). La creencia en el koro es milenaria y existen numerosas evidencias de que ha estado presente en países como Malasia, Indonesia, China, la India y otros del occidente de África. El término *koro* se cree que proviene de una palabra malaya que significa *tortuga*, la cual hace referencia a la capacidad que tiene la tortuga de retraer su cabeza y las piernas dentro del cuerpo (caparazón). En Malasia, la palabra que significa *tortuga* a menudo se utiliza para referirse al pene (Vaughn, 2003).

Aunque en algunos casos el koro se manifiesta como un caso aislado en un solo individuo (Ritts, 2003), se extiende como una creencia social que afecta a cientos o miles de hombres, causando pánico e histeria colectiva. Uno de estos casos ocurrió en Singapur en 1967 (Vaughn, 2003). Se corrió un rumor de que la carne de cerdo contaminada estaba causando el encogimiento del pene y esto trajo como consecuencia que miles de hombres que pensaban que su miembro se estaba encogiendo abarrotaran los hospitales de Singapur. Muchos utilizaban distintos métodos para evitar el encogimiento de su pene, como estirarlo con tenazas hechas de palillos de madera, colgarse pesas e incluso pedir a amigos y familiares que les jalaran el pene para evitar su desaparición. Un programa de educación coordinado, emprendido por médicos locales, pudo disipar la histeria colectiva sin que hubiera muertes ni penes desaparecidos, aunque sí muchas partes privadas quedaron lesionadas.

La histeria colectiva producida por el SRG también se vio reflejada en una epidemia de koro en el noreste de la India en 1982. Fue causada por un rumor de que los penes de los jóvenes se estaban encogiendo. Miles de padres asustados llevaron a sus hijos al hospital, en su mayoría con los penes amarrados para evitar el encogimiento. Esta epidemia fue detenida por las autoridades médicas, que visitaron la región con altavoces para calmar a la población. Las autoridades también llevaron a cabo medición de penes en público de manera regular para demostrar que no había encogimiento (Nixin, 2003).

En los países de la costa occidental de África, desde Camerún hasta Nigeria, se asocia al koro con la magia negra y hechiceros, y se refiere al robo del pene más que a su retracción (Vaughn, 2003). Casos recientes de este “robo de penes” se han reportado en Nigeria, Camerún, Ghana y Costa de Marfil. Estos episodios por lo general van acompañados de acusaciones públicas de robo como resultado del toque inesperado o no deseado de un extraño (Huyghe, 2003; Trull, 2003). Los acusados del robo de pene son atacados físicamente y en ocasiones son asesinados por las víctimas furiosas y otros ciudadanos preocupados (Huyghe, 2003).

Las epidemias de koro pueden explicarse como fantasías ansiosas que se presentan y se transmiten entre hombres vulnerables (Huyghe, 2003). El SRG parece tener mucho en común con el fenómeno occidental de los ataques de pánico, con el añadido de la cuestión sexual. En algunas culturas asiáticas y africanas, donde la ansiedad sexual es alta y las historias de retracción genital son muy comunes, no es de sorprender que un hombre entre en pánico ante los rumores de retracción genital o “robo de penes”, especialmente cuando estos rumores son reforzados por sus propias observaciones del proceso natural de encogimiento genital producido

Síndrome de retracción genital Extraño fenómeno con un componente cultural en el que el hombre cree que su pene se está encogiendo y retrayendo dentro de su cuerpo.

Koro Término comúnmente utilizado para referirse al síndrome de retracción genital.

por el frío o la ansiedad (McLaren y Ringe, 2006). Además, cuando la culpa o ansiedad de un individuo surge de excesos sexuales reales o imaginarios, éste puede ser fácilmente transformado en un candidato ideal para creencias irracionales y hacerlo receptivo al extraño síndrome de koro (Ritts, 2003).

La circuncisión

Circuncisión Remoción quirúrgica del prepucio del pene



Palabras para consultar en InfoTrac

● Circuncisión

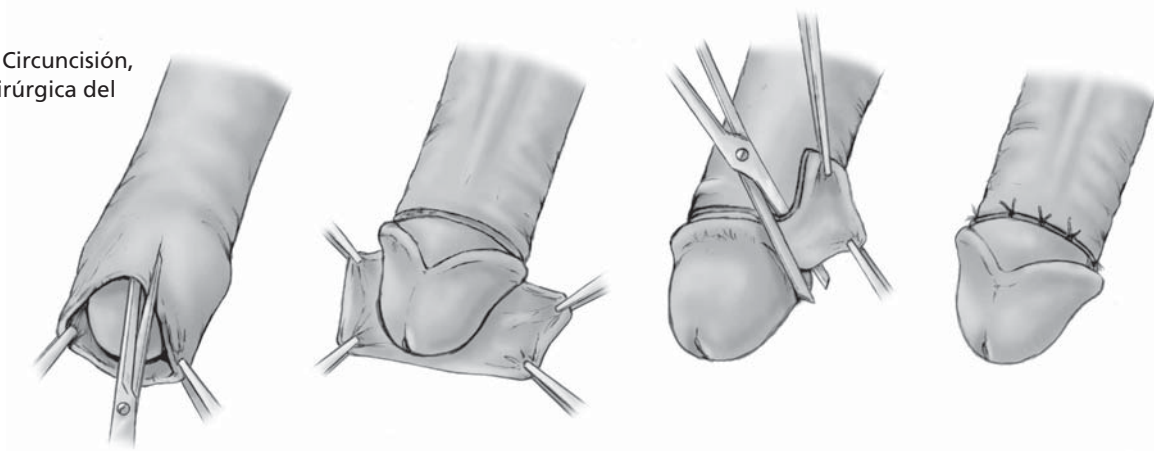
La **circuncisión**, que es la remoción quirúrgica del prepucio (➔ figura 5.9), se practica ampliamente en todo el mundo por razones religiosas, rituales o sanitarias. Cada año, un poco más de la mitad de los varones recién nacidos en Estados Unidos son circuncidados (Fauntleroy, 2005; McGinnis, 2005). Aunque este procedimiento es muy común, también es sumamente controversial.

Los que están a favor de la circuncisión de rutina sostienen que el procedimiento tiene beneficios significativos para la salud. El área que se encuentra por debajo del prepucio, si no es lavada de manera constante, puede hospedar una gran variedad de organismos infecciosos. Hay muchos estudios que indican que la circuncisión reduce la incidencia de infecciones de las vías urinarias en niños (Kinkade y colaboradores, 2005) y de cáncer de pene en adultos (Kinkade y colaboradores, 2005; Loughlin, 2005). También existe evidencia sólida de que aumenta la protección contra el VIH, el virus que causa el sida (Auvert y colaboradores, 2005; Baeten y colaboradores, 2005; Reynolds y colaboradores, 2004). (Véase el capítulo 15 para un análisis de la relación entre la circuncisión y la vulnerabilidad a la infección por VIH.) Asimismo, la evidencia sugiere que la remoción del prepucio también reduce el riesgo de contraer verrugas genitales, pero puede no brindar protección contra otras infecciones de transmisión sexual, como el herpes, la gonorrea y la sífilis (McLean, 2005; Reynolds y colaboradores, 2004).

Los que se oponen (cada vez más) a la circuncisión como medida de rutina tienen muchos argumentos. Primero, el prepucio puede tener una función importante que todavía no es conocida. Segundo, algunos investigadores sostienen que la función sexual puede verse afectada al extirpar el prepucio. Finalmente, algunos profesionales de la salud piensan que la práctica de este procedimiento en el recién nacido es innecesariamente traumática y favorece posibles complicaciones quirúrgicas.

A pesar de las recomendaciones del uso de analgesia para la circuncisión hechas por la American Academy of Pediatrics y la American Society of Anesthesiologists, menos de la mitad de los niños sometidos a la cirugía reciben algún tipo de analgesia (Boschert, 2004; Horton, 2005). Sin embargo, los niños operados sin analgesia sienten y responden al dolor (Boschert, 2004; Howard y colaboradores, 1998), y el dolor aso-

➔ **Figura 5.9** Circuncisión, remoción quirúrgica del prepucio.



ciado a la circuncisión puede tener efectos negativos duraderos en su comportamiento futuro (Taddio y colaboradores, 1997b). Algunos riesgos a la salud debidos a la circuncisión pueden ser hemorragias, infecciones, mutilación, choque y trauma psicológico (Fauntleroy, 2005; Meldrum y Rink, 2005).

Como la circuncisión tiene tanto ventajas como desventajas, no es de sorprender que los médicos estadounidenses estén tan indecisos en su posición acerca de ésta. En 1989, la American Academy of Pediatrics (AAP) asumió una posición neutral diciendo que la circuncisión tiene tanto beneficios como riesgos médicos (Shoen y colaboradores, 1989). Recientemente la AAP cambió su posición de neutral a moderadamente opuesta a este procedimiento médico (Task Force of Circumcision, 1999).

Por supuesto, el debate acerca de los beneficios potenciales para la salud de los niños continuará y las futuras ediciones de este libro contendrán los cambios de posición de la AAP. Sin embargo, para poner esta controversia en perspectiva con la evidencia médica actual, hemos visto que en muchos casos las buenas prácticas de higiene personal permiten a los chicos no circuncidados convertirse en adultos sin problemas significativos de salud (Gange, 1999; Van Howe, 1998).

Más allá del tema de la higiene, a menudo surge otra duda: ¿los hombres circuncidados tienen alguna ventaja erótica o funcional sobre los no circuncidados, o es al contrario?

Algunas personas asumen que los hombres circuncidados responden más rápido durante el coito pene-vagina porque el glande está completamente expuesto. Sin embargo, excepto cuando existe un problema conocido como **fimosis** (un prepucio apretado), no hay diferencia alguna en el contacto durante el coito. El prepucio de un hombre no circuncidado se retrae durante el coito, así que el glande queda totalmente expuesto. Se puede pensar que el glande en este caso es menos sensible debido al roce constante con diferentes superficies.

Masters y Johnson (1966) estudiaron estos dos puntos y no encontraron diferencias en la respuesta. Sin embargo, su estudio no incluye la parte subjetiva de los hombres que han experimentado ambas situaciones después de alcanzar la madurez sexual. Anécdotas encontradas en la bibliografía médica mencionan que algunos hombres experimentan menos satisfacción sexual después de someterse a la circuncisión en edad adulta (Gange, 1999; Melby, 2002b; Task Force on Circumcision, 1999). Un estudio hecho en sujetos que fueron circuncidados en edad adulta para aliviar problemas médicos como la fimosis, encontró que muchos reportaron un aumento en la satisfacción sexual después de la cirugía (Carson, 2003). Parece que todavía quedan preguntas por contestar acerca de la relación entre la circuncisión y la excitación sexual masculina, y existe “poco consenso respecto del papel del prepucio en cuanto al desempeño y la satisfacción sexual” (Laumann y colaboradores, 1997, p. 1052).

? Pensamiento crítico

¿Cuáles de los métodos de investigación descritos en el capítulo 2 podrían demostrar efectivamente si la circuncisión afecta la respuesta y el placer sexual de un hombre? ¿Qué tipo de método utilizaría para este estudio?

Fimosis Problema caracterizado por un frenillo muy apretado.

? Pensamiento crítico

Si tuviera un hijo recién nacido, ¿lo sometería a la circuncisión o no? ¿Por qué?

❶ Problemas de salud genital masculina

Las estructuras genitales masculinas, así como las estructuras reproductoras internas pueden ser afectadas por una gran variedad de lesiones y enfermedades. Estudiarémos varios de estos problemas en las siguientes páginas. Si algunos de nuestros lectores varones sufre de alguno de estos padecimientos, le aconsejamos que busque ayuda médica inmediata. La **urología** es la especialidad que se concentra en las estructuras reproductivas masculinas.

Problemas de salud del pene

El cuidado del pene es un aspecto importante de la salud sexual. Lavarlo regularmente con agua y jabón por lo menos una vez al día, es una excelente práctica sanitaria.

Urología Especialidad médica que trata las enfermedades genitales y reproductoras del hombre, así como los padecimientos de vías urinarias de ambos sexos.

Esmegma Sustancia parecida al queso, mezcla de secreciones glandulares y células que a veces llega a acumularse bajo el prepucio del pene o bajo el capuchón del clítoris.

(También existe evidencia, que se examina en el capítulo 15, de que la higiene de los genitales antes y después del sexo puede disminuir las posibilidades de intercambiar organismos infecciosos con la pareja.) Los hombres no circuncidados deben retraer el prepucio del glande y limpiar todas las superficies, en especial la parte inferior de éste. Unas pequeñas glándulas localizadas en el prepucio secretan una sustancia lubricante y grasosa. Si se permite que estas secreciones se acumulen bajo el prepucio, se combinan con células muertas descamadas de la piel para formar una sustancia que parece queso llamada **esmegma**. Cuando el esmegma se acumula, con el tiempo desarrolla un olor desagradable y se vuelve irritante, convirtiéndose en caldo de cultivo de organismos infecciosos. En ocasiones, el glande o el cuerpo del pene pueden desarrollar una reacción eczematosa (ulceraciones y secreciones) que es el resultado de una reacción alérgica de las secreciones vaginales de la pareja. El uso del condón puede aliviar este problema, pero es importante consultar al médico para determinar su origen y tratamiento.

El hombre puede proteger su pene con el uso de un condón durante los encuentros sexuales con personas cuyo estado de salud sea desconocido. Esto brinda mayor protección contra las infecciones de transmisión sexual. Otras formas de prevención se describen en el capítulo 15.

Algunos juguetes sexuales también pueden ser peligrosos para la salud del pene. Por ejemplo el *cock ring* (un anillo que suele ser de metal o de látex y que se coloca en la base del pene) puede cumplir su objetivo de mantener la erección, pero también destruir el tejido del pene, ya que interrumpe el suministro de sangre. En el pasado, algunas revistas de orientación sexual publicaron testimonios acerca del placer de masturbarse con una aspiradora. ¡Muy mala idea! Los estudios demuestran que lesiones graves del pene (incluida la decapitación del glande) como resultado de la masturbación con aspiradoras y escobas eléctricas son mucho más comunes de lo reportado (Benson, 1985; Grisell, 1988).

En raras ocasiones el pene se puede fracturar (Adducci y Ross, 1991; Hargreaves y Plail, 1994). Esta lesión representa la ruptura de los cuerpos cavernosos cuando el pene está erecto. El problema se presenta principalmente durante el coito. Un estudiante habló de su experiencia con esta dolorosa herida.

! Salud sexual

Estaba teniendo relaciones con mi novia en posición de sentado. Ella estaba a horcajadas sobre mis piernas y usaba los brazos de la silla y sus piernas para mover su cuerpo arriba y abajo sobre mi pene. En el calor de la pasión, ella se levantó mucho y yo me salí. Ella se dio un sentón esperando que yo la volviera a penetrar. Desafortunadamente, fallé el objetivo y todo su cuerpo cayó sobre mi pene. Escuché un sonido de algo que se quebraba y sentí un dolor espantoso. Tuve un sangrado considerable dentro de mi pene y estuve muy adolorido por mucho tiempo. (Archivo de los autores.)

Esta historia sugiere que es buena idea tomar precauciones durante el coito. La lesión generalmente sucede al calor de la pasión y a menudo se da al poner demasiado peso sobre el pene cuando se trata de alcanzar o realcanzar la penetración vaginal. Cuando la mujer está arriba, el riesgo aumenta. Comunicar la necesidad de ir despacio en estos momentos puede evitar una lesión dolorosa. El tratamiento de las fracturas del pene van desde el entablillado y la aplicación de hielo hasta la cirugía. La mayoría de los hombres que se lesionan de esta manera recupera su función sexual normal. ■

Cáncer de pene

Como ya se mencionó en este capítulo, los hombres pueden sufrir cáncer de pene, un cáncer raro que puede ser mortal si no es diagnosticado y tratado en sus primeras etapas. De los aproximadamente 1 300 hombres en Estados Unidos que desarrollan este padecimiento, sólo la mitad sobrevive cinco años después. Sin embargo, si el cáncer es detectado a tiempo y si no se ha extendido a los nódulos linfáticos, la tasa de supervivencia a los cinco años es de 90% (Gordon y colaboradores, 1997). Tales

cifras hablan elocuentemente de la importancia de buscar atención médica en caso de tener alguna lesión en el pene (véase el recuadro “Autoexamen genital masculino” que aparece en la p. 131 de este capítulo para leer una descripción de los síntomas tempranos del cáncer de pene). Entre los factores de riesgo asociados con esta enfermedad se encuentran: tener más de 50 años, antecedentes de múltiples parejas sexuales e infecciones de transmisión sexual, especialmente herpes genital; mala higiene, que contribuye a la inflamación del glándulo inducida por esmegma; no estar circuncidado (véase el estudio de la circuncisión) y una prolongada historia de tabaquismo (Fair y colaboradores, 1963; Gordon y colaboradores, 1997). El cáncer de pene, sin tratamiento, destruye todo el órgano y se extiende a los nódulos linfáticos y más allá.



Palabras para consultar en InfoTrac

- Cáncer de pene
- Cáncer testicular

Cáncer testicular

El cáncer testicular representa únicamente el 1% de todos los tipos de cáncer que se presentan en varones; sin embargo, es el más común en hombres jóvenes de 15 a 35 años (Dunleavy, 2006; Wagner y Kavousi, 2005). Además, su incidencia parece estar al alza en muchos países occidentales (Srivastava y Krieger, 2000; Whiteford y Wordley, 2003). Durante las primeras etapas del cáncer testicular, por lo general no hay más síntomas que una masa dentro del testículo. La masa se siente dura o irregular cuando se le toca y es diferente del tejido saludable que la rodea. Puede ser indolora al tacto, pero algunos hombres reportan sensibilidad en el área de crecimiento. En ocasiones se reportan otros síntomas como fiebre, dolor sordo en la ingle, sensación de pesadez en un testículo, mamas y pezones sensibles, y acumulación dolorosa de fluidos o inflamación del escroto. Algunos tipos de cáncer testicular tienden a crecer más rápido que cualquier otro tumor. Por tanto, para un tratamiento exitoso es importante detectar la masa tan pronto como sea posible y buscar atención médica de inmediato. Los procedimientos terapéuticos mejorados han obtenido una tasa de supervivencia mayor a 90% en hombres tratados por el cáncer detectado a tiempo (Dunleavy, 2006; Whiteford y Wordley, 2003). Algunos varones posponen la búsqueda de tratamiento médico porque piensan que les provocará problemas de erección o que reducirá su placer sexual. De hecho, estos problemas solamente ocurren en una pequeña minoría de casos tratados por cáncer testicular (Hartmann y colaboradores, 1999).

Enfermedades de la próstata

Como recordará de nuestro estudio anterior, la próstata es una estructura del tamaño de una nuez localizada en la base de la vejiga, la cual contribuye con secreciones al líquido seminal. La próstata es un punto focal de algunos de los “problemas masculinos” más comunes, que van desde la inflamación y agrandamiento, hasta el cáncer.

Prostatitis

Uno de los padecimientos más frecuentes de la próstata es la prostatitis, que ocurre cuando este órgano se inflama y aumenta de tamaño, a menudo como resultado de un agente infeccioso, como el *gonococcus bacterium* (responsable de la gonorrea) o el protozoo tricomona. (Estos agentes se estudian en el capítulo 15.) La prostatitis puede ocurrir en hombres de cualquier edad. Cerca de la mitad de ellos la padecerá en cualquier momento (Diaz-Parker y Bratslavsky, 2005). Sus síntomas incluyen dolor en el área pélvica o en la base del pene, dolor abdominal bajo, de espalda o en los testículos, urgencia de orinar constantemente, sensación de ardor al



© Doug Pensinger/Getty Images

El ciclista estadounidense Lance Armstrong ganó la vuelta a Francia (*Tour de France*) en 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004 y 2005, después de someterse a un exitoso tratamiento contra el cáncer testicular.

orinar, secreción turbia del pene y dificultad con las funciones sexuales, como erecciones y eyaculaciones dolorosas y reducción del apetito sexual. La prostatitis puede ser tratada eficazmente con diferentes tipos de medicamentos, como antibióticos. Otros fármacos, como antiinflamatorios y alfabloqueadores, también son de utilidad en algunos casos (Jack y Zeitlin, 2005).

Hiperplasia prostática benigna

A medida que un hombre envejece, la próstata tiende a aumentar de tamaño, algo que se conoce como *hiperplasia prostática benigna* (HPB). Cerca de 50% de los hombres de entre de 50 y 70 años, y 90% de aquellos con más de 80 años, experimentan este problema (Gacci y colaboradores, 2003; Gaynor, 2003). La glándula agrandada tiende a ejercer presión sobre la uretra, lo que disminuye el flujo de orina. Si el problema es grave, la cirugía o los medicamentos pueden ayudar (Carson y colaboradores, 2005; Gacci y colaboradores, 2003).

Cáncer de próstata

Es el cáncer diagnosticado con mayor frecuencia entre los varones de Estados Unidos y es la segunda causa de muerte por cáncer después del pulmonar (Lam y colaboradores, 2004; Wallace, 2004). Entre los factores que se sabe que están asociados al desarrollo del cáncer de próstata están: edad avanzada, antecedentes familiares de este cáncer, ser afroamericano y un alto consumo de grasas (Pomerantz y Kantoff, 2006; Rapp y Gerber, 2005; Wallace, 2004). Su incidencia es 70% mayor entre afroamericanos que entre hombres blancos, y los negros tienen una tasa de supervivencia menor que los blancos en etapas comparables del cáncer (Wallace, 2004; U.S. Preventive Services Task Force, 2003b). Las razones del alto riesgo y la baja tasa de supervivencia entre los afroamericanos no se conocen, pero se mencionan factores genéticos, hormonales y nutricionales (Eastman y Kattan, 2000).

Entre los síntomas del cáncer de próstata se encuentran los ya mencionados para la prostatitis, especialmente el dolor en la pelvis y en la parte baja de la espalda, así como complicaciones urinarias. Sin embargo, a menudo no presenta síntomas detectables en sus primeras etapas. En un esfuerzo para realizar un diagnóstico temprano se puede hacer un examen físico y un análisis sanguíneo. En el examen físico, el médico introduce un dedo en el recto, un procedimiento conocido como *examen rectal digital* (ERD). En condiciones normales, éste resulta tan sólo algo incómodo. El descubrimiento de un marcador para el cáncer de próstata (el *antígeno prostático específico* o APE), detectable en la sangre, brinda a los médicos otra herramienta para su diagnóstico temprano. Un nivel normal del antígeno es menor de cuatro nanogramos APE por mililitro de sangre (Rapp y Gerber, 2005; Zepf, 2005). Algunos especialistas en cáncer afirman que un nivel más bajo de lo normal aumentaría la sensibilidad para la detección del padecimiento (Catalona y colaboradores, 2006; Zepf, 2005). En un estudio reciente se encontró cáncer de próstata mediante biopsias de tejido en 449 hombres (15.2%) de 2 950 sujetos con valores de APE por debajo de 4.0 ng por mL (Zepf, 2005).

La detección del cáncer de próstata utilizando el ERD y los niveles de APE como herramientas está muy lejos de ser precisa (Hoffman, 2006; Schwartz y colaboradores, 2005). Muchos tumores no son detectados por el examen rectal digital. Los tumores benignos y malignos pueden causar la elevación de los niveles de APE (Woodrum y colaboradores, 1998). El gobierno de Estados Unidos financia un equipo especial de expertos médicos que regularmente hacen recomendaciones preventivas para ser utilizadas en los esquemas de atención clínica primaria, entre ellas pruebas diagnósticas, orientación de pacientes y estrategias de tratamiento. Este equipo, llamado U.S. Preventive Service Task Force (USPSTF), anunció sus más recientes recomendaciones para la detección del cáncer de próstata en 2003. El reporte concluyó que “la evidencia es insuficiente para recomendar o no el examen rectal digital (ERD)” (U.S. Preventive



Palabras para consultar
en InfoTrac

- Cáncer de próstata
- APE

Service Task Force, 2003b, p. 787). El USPSTF basó su recomendación en estudios que indican que el balance entre los beneficios potenciales (disminución del sufrimiento por enfermedad y mortalidad) y riesgos (resultados falso-positivos, biopsias innecesarias y complicaciones en el tratamiento) sigue siendo incierto. Además, no existe evidencia concluyente de que el APE reduzca la mortalidad asociada con el cáncer de próstata (Rapp y Gerber, 2005). Este hallazgo aumenta la controversia entre médicos e investigadores en cuanto a la utilidad del APE en muchos casos. Una revisión reciente de las pruebas publicadas desde el año 2000 concluyó que “los datos que apoyan la eficacia del APE siguen siendo no convincentes” (Hoffman, 2006, p. 438).

Una vez que el cáncer de próstata ha sido diagnosticado, puede ser tratado de varias maneras, incluido sólo el monitoreo para determinar si la tasa de progresión significa una seria amenaza a la salud. A menudo, los profesionales de la salud recomiendan intervención médica (por lo general, cirugía o radiación) para hombres con una esperanza de vida de por lo menos diez años (Bhatnagar y Kaplan, 2005). Entre las opciones de tratamiento tenemos la prostatectomía radical (extirpación de toda la próstata), la crioterapia, en la cual las células cancerosas son destruidas por congelamiento, y dos formas de radiación: radioterapia externa e interna por medio del implante de cápsulas de yodo o paladio radiactivos (Lam y colaboradores, 2005; Hocht y Hinkelbein, 2005). Como el crecimiento del cáncer prostático es estimulado por los andrógenos, otra opción de tratamiento incluye ya sea la orquidectomía (extirpación quirúrgica de los testículos) o el uso de medicamentos u hormonas bloqueadores de andrógenos (Shahinian y colaboradores, 2006; Waxman y Mazhar, 2003). Finalmente, debido a los peligros y complicaciones de la cirugía, de la terapia hormonal y de la radioterapia especialmente en ancianos, en ocasiones es más apropiado seguir un método llamado *manejo expectante*, que se refiere a una espera con vigilancia y tratamiento diferido (Bhatnagar y Kaplan, 2005; Jani y Hellman, 2003).

Existe mucha controversia acerca del tratamiento del cáncer de próstata detectado tempranamente. Además, las discusiones abundan acerca de los riesgos que representa para la salud. Los expertos difieren en cuanto a si debe ser inmediato o diferido. Los argumentos en favor del tratamiento inmediato, especialmente para los jóvenes, incluyen mayor tiempo de supervivencia, mucho menos dolor y prevención de metástasis (diseminación del cáncer a otras áreas). El apoyo de la espera con vigilancia proviene de estudios que indican que la mayoría de los hombres muere por causas no relacionadas antes de presentar complicaciones serias del cáncer de próstata no tratado; además, la cirugía, la radiación y los tratamientos hormonales pueden provocar complicaciones como incontinencia, problemas intestinales, dificultades de erección e incapacidad de tener orgasmos (Bhatnagar y Kaplan, 2005; Harris y colaboradores, 2004; Schwartz y colaboradores, 2005).

Lo cierto es que mientras se realizan estudios bien controlados que respalden algún tratamiento contra el cáncer de próstata, los médicos y pacientes seguirán luchando con el dilema de escoger alguna forma de atención. Hasta el momento el buen manejo médico incluye orientación acerca de las opciones de tratamiento e involucramiento activo del paciente en las decisiones respectivas. Esperamos que cuando nuestros jóvenes lectores alcancen la edad madura, haya mejores opciones de tratamiento y mejores herramientas de diagnóstico.

R E S U M E N

Anatomía sexual

- El pene está formado por una raíz interna dentro del cuerpo, una porción externa que se conoce como *cuerpo* y una cabeza lisa en forma de bellota llamada *glándula*. A lo largo de todo el pene hay tres cilindros internos rellenos de tejido esponjoso que se saturan de sangre durante la excitación sexual.
- El escroto es una bolsa externa de la pared abdominal que está formada por una capa de piel externa y una capa muscular interna. El escroto alberga los dos testículos, cada uno de los cuales se encuentra suspendido en su respectivo compartimiento por el cordón espermático.
- Los testículos humanos tienen dos funciones principales: producción de espermatozoides y secreción de hormonas sexuales.
- La producción de espermatozoides requiere una temperatura escrotal ligeramente más baja que la temperatura normal del cuerpo.
- El interior de cada testículo está dividido en muchas cámaras que contienen los delgados túbulos seminíferos, en los cuales ocurre la producción de espermatozoides.
- El epidídimo es una estructura en forma de C adherida a la superficie trasera y superior de cada testículo y es donde maduran los espermatozoides.
- Los espermatozoides viajan desde el epidídimo de cada testículo a través de un tubo largo y delgado, el conducto deferente, que llega hasta la base de la vejiga, donde se une el conducto eyaculatorio de la vesícula seminal.
- Las vesículas seminales son dos pequeñas glándulas localizadas al final del conducto deferente. Secretan un fluido alcalino que representa 70% del semen y parece nutrir y estimular a los espermatozoides.
- La próstata, glándula localizada en la base de la vejiga y que es atravesada por la uretra, suministra cerca de 30% del líquido seminal durante la eyaculación.
- Las glándulas de Cowper, dos estructuras del tamaño de un chícharo, están conectadas a la uretra por pequeños conductos justo por debajo de la próstata. Durante la excitación sexual, las glándulas de Cowper producen gotas de un líquido alcalino que aparece en la punta del pene.
- El semen está formado por espermatozoides y secreciones de la próstata, las vesículas seminales y las glándulas de Cowper. Los espermatozoides sólo representan una pequeña porción del líquido expulsado durante la eyaculación.

Funciones sexuales masculinas

- La erección del pene es un proceso involuntario resultado de una adecuada estimulación sexual fisiológica, psicológica o de ambas.
- La eyaculación es el proceso por el cual el semen sale del pene. Ocurre en dos etapas: la fase de emisión, donde el líquido seminal se acumula en el bulbo uretral, y la fase

de expulsión, donde fuertes contracciones musculares expulsan el semen. En la eyaculación retrógrada el semen es expulsado hacia la vejiga.

Preocupaciones acerca del funcionamiento sexual

- El tamaño del pene no influye significativamente en la habilidad de dar o recibir placer durante el coito pene-vagina. Tampoco está relacionado con otras variables físicas como la forma del cuerpo o la estatura.
- La circuncisión, que es la remoción quirúrgica del prepucio, se practica en gran medida en Estados Unidos. Sus beneficios médicos potenciales incluyen disminución de riesgo de cáncer de pene, infección por VIH e infección de vías urinarias. Los datos concernientes al efecto de la circuncisión en el funcionamiento erótico son limitados y no concluyentes.

Problemas de salud genital masculina

- Los genitales masculinos y las estructuras reproductoras externas pueden ser afectados por varias enfermedades y lesiones.
- Las lesiones del pene pueden evitarse tomando precauciones durante el coito y eludiendo el uso de ciertos juguetes sexuales.
- El cáncer de pene es raro y puede ser mortal si no es diagnosticado y tratado en sus primeras etapas. El cáncer testicular es más común que el de pene, especialmente en los jóvenes. Si es detectado a tiempo, también tiene probabilidades muy altas de curación.
- La próstata es un punto focal de algunos de los problemas masculinos más comunes, incluida la prostatitis, la hiperplasia prostática benigna y el cáncer de próstata. Se utilizan diferentes medicamentos y procedimientos quirúrgicos para tratar estos problemas. Existe mucha controversia en cuanto al mejor tratamiento contra el cáncer de próstata.

📖 Lecturas recomendadas

Alan Guttmacher Institute (2002). *In Their Own Right: Addressing the Sexual and Reproductive Health Needs of Men*. Nueva York: Alan Guttmacher Institute. Este valioso libro, publicado por una respetada organización, contiene importantes temas relacionados con la salud sexual masculina.

Kinsey, Alfred C., Wardell B. Pomeroy y Clyde E. Martin (1948). *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia: Saunders. Contiene muchos detalles acerca de la anatomía sexual masculina, la forma en que los hombres responden fisiológicamente a la estimulación sexual y muchos datos sobre comportamientos sexuales del hombre.

Zilbergeld, Bernie (1999). *The New Male Sexuality: A Guide to Sexual Fulfillment*. Nueva York: Bantam. Un libro muy bien escrito e informativo sobre la sexualidad masculina, que incluye temas como el funcionamiento sexual, la conciencia de sí mismo y cómo resolver dificultades.

► Recursos en la Web

Sitio web CengageLearning

Visite www.cengage.com/highered para enlazarse con diversos recursos, como preguntas de repaso, actividades interactivas, vínculos con Internet, ejercicios de pensamiento crítico, foros de discusión y muchos otros servicios. También puede acceder a los sitios desde el Wadsworth Psychology Study Center (<http://psychology.wadsworth.com>) o conectarse directamente a los siguientes sitios:

Nota. Tenga en cuenta que este material es independiente del libro y que las páginas que lo contienen pueden ser modificadas o eliminadas sin previo aviso.

Male Health Center

Ofrece información relacionada con la salud genital masculina, el control prenatal desde la perspectiva masculina y el funcionamiento sexual.

Circumcision Information and Resource Pages

Aunque este sitio brinda información general de las ventajas y desventajas de la circuncisión, y artículos escritos por expertos con diferentes opiniones respecto del tema, asume la posición de que en la mayoría de los casos la circuncisión es una cirugía innecesaria.

The Journal of Urology

Este es el sitio de una revista médica líder y brinda contenido relacionado con problemas de salud genital de hombres y mujeres. El acceso a los índices de contenido y a los resúmenes de los artículos es gratuito.

Prostate Cancer

Este sitio, financiado por la Prostate Cancer Research and Education Foundation, está dedicado a la información acerca del cáncer de próstata y su tratamiento. Los muchos recursos disponibles en este sitio incluyen artículos de revistas, foros de discusión y la descripción de diferentes tratamientos.

Testicular Cancer Resource Center

Aquí se describen el autoexamen testicular, las opciones de tratamiento para el cáncer testicular, y temas relacionados con la etapa del postratamiento; incluye una dirección de correo electrónico para un grupo de apoyo.

Lance Armstrong Foundation

Este sitio es una fuente de información acerca del cáncer testicular y contiene temas de prevención y tratamiento, y relatos de supervivencia.



Sitio web de apoyo a la obra en inglés

Visite el sitio web de la obra (*Our Sexuality Book Companion Website*) en

<http://latinoamerica.cengage.com/crooks> y elija la décima edición de este libro. Haga clic en "Apoyo electrónico para el estudiante". Allí encontrará herramientas que le ayudarán a aprovechar al máximo su tiempo de estudio: encuestas de actitud, crucigramas, temas de ensayo, tarjetas mnemotécnicas de los principales conceptos y sus definiciones, un glosario general, preguntas de opción múltiple y falso-verdadero, vínculos con sitios web sobre temas relacionados con cada capítulo, bibliografía general y un examen final. Asimismo, encontrará un vínculo para comprar el acceso a más material suplementario en línea: CengageNow.



CengageNow ¡Exactamente lo que necesita saber AHORA!

Dedique tiempo a lo que necesita dominar, no a la información que ya aprendió. CengageNow es un paquete de recursos electrónicos que le ayudará en su aprendizaje. Realice una prueba preliminar del capítulo, y CengageNow generará un plan personalizado de estudio a partir de sus resultados. El plan identificará los temas que debe repasar y lo dirigirá a los recursos en línea que le servirán para dominarlos. Después efectuará una prueba para determinar los conceptos que ya aprendió y aquellos en los que todavía debe trabajar. Visite el sitio www.cengage.com/login si ya tiene su código de acceso. Si no cuenta con él, siga el vínculo *Buy Now*. Escriba *Our Sexuality* en el campo de título. Elija la décima edición de este libro. Haga clic sobre la opción *CengageNow*. Se desplegará una solicitud de acceso y los precios en dólares americanos.



Biblioteca en línea InfoTrac College Edition

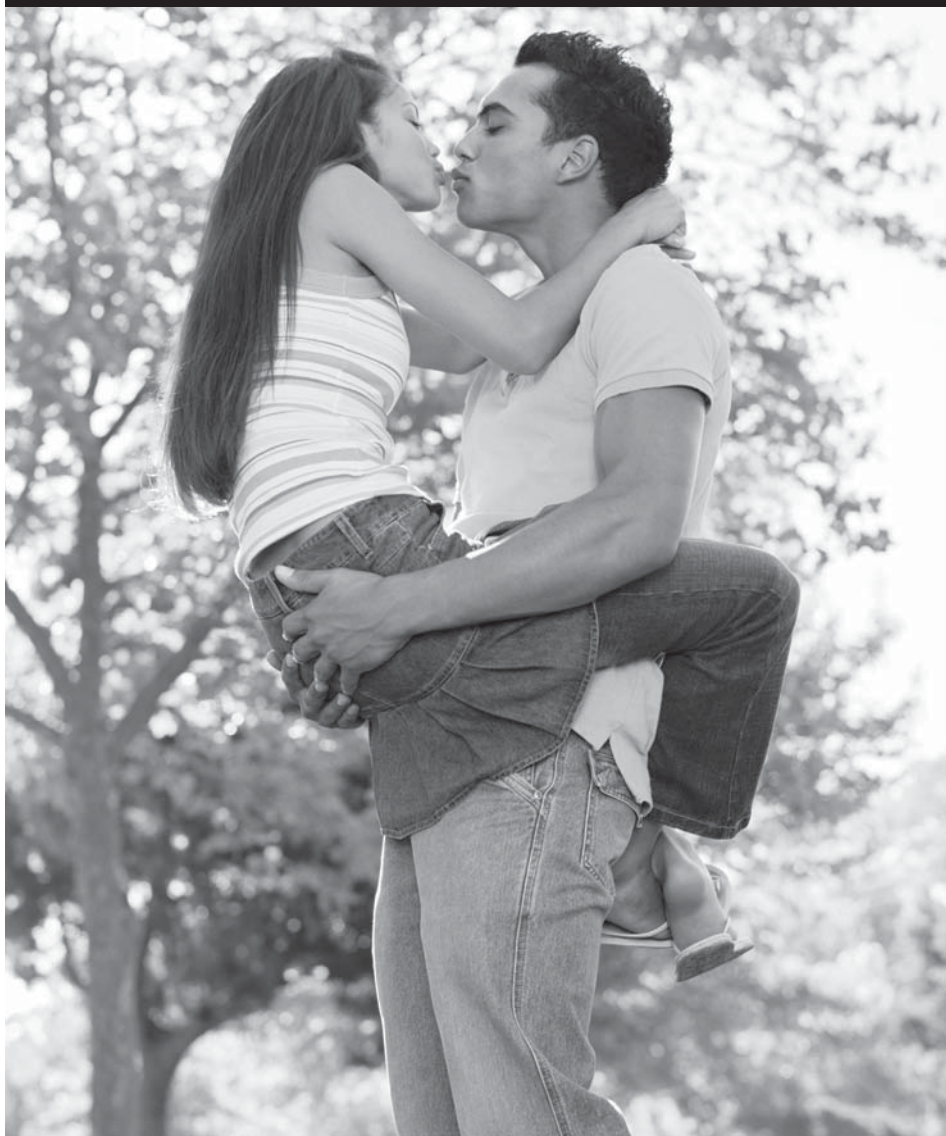
Investigue si su institución cuenta con un convenio de uso de InfoTrac, una de las mejores y más vastas bibliotecas en línea del mundo en el ámbito educativo. Conéctese a www.cengage.com/login para acceder a InfoTrac College Edition, biblioteca de consulta en línea que contiene multitud de revistas, muchas exclusivamente sobre la sexualidad humana: *Archives of Sexual Behavior*; *Archives of Sexual Health Behavior*; *Canadian Journal of Human Sexuality*; *Hispanic Journal of the Behavioral Sciences*; *Journal of Cross-Cultural Psychology*; *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*; *Journal of Sex Research* y *Sex Roles*.

C A P Í T U L O 6

capítulo 6

Excitación y respuesta sexual

- **El papel de las hormonas en el comportamiento sexual**
¿Cuál es el papel de las hormonas en la excitación sexual humana?
- **El cerebro y la excitación sexual**
¿De qué manera influye el cerebro en la excitación sexual?
- **Los sentidos y la excitación sexual**
¿Cómo contribuyen los sentidos del tacto, la visión, el olfato, el gusto y el oído a la excitación erótica?
- **Los afrodisíacos y anafrodisíacos en la excitación sexual**
¿Qué sustancias conocidas aumentan o reducen la excitación sexual?
- **Respuesta sexual**
¿Qué cambios fisiológicos comunes acompañan cada una de las etapas de los ciclos de respuesta sexual?
- **El envejecimiento y el ciclo de respuesta sexual**
¿Qué variaciones comunes se presentan en los ciclos de respuesta sexual en hombres y mujeres mayores?
- **Diferencias en la respuesta sexual de ambos sexos**
¿Cuáles son las diferencias más significativas entre las respuestas sexuales de cada sexo?



Nunca hubo fuego ni pasión en mis cinco años de relación con Doug. Él era un buen hombre, pero nunca pude acortar la brecha que había entre los dos, que se debía, en gran parte, a su incapacidad para expresar sus sentimientos y vulnerabilidad. Nuestras relaciones sexuales eran iguales, mecánicas, ya que él estaba ahí física pero no emocionalmente. Rara vez sentí deseo sexual por él, y mi cuerpo apenas y respondía durante el sexo. Las cosas son muy diferentes con Matt, mi actual pareja. Hubo una cercanía e intimidad casi instantánea desde el principio de nuestra relación. La primera vez que hicimos el amor sentí que me quemaba. Fue como si nos fusionáramos física y emocionalmente. Algunas veces sólo escuchar su voz o el más ligero roce me excita de manera intensa. (Archivo de los autores.)

La excitación y la respuesta sexual en los humanos se ve afectada por muchos factores: hormonas, capacidad del cerebro para crear imágenes y fantasías, emociones propias, diferentes procesos sensoriales, el nivel de intimidad entre dos personas y muchas otras situaciones. Comenzamos este capítulo con el estudio de algunos agentes que influyen en la excitación sexual. Después veremos las formas en que nuestro cuerpo responde a la estimulación sexual. Nos concentramos principalmente en factores y eventos biológicos asociados con la excitación y respuesta sexuales, pero el que nos enfoquemos en la fisiología no significa que restemos importancia a las influencias psicológicas y culturales. De hecho, los factores psicosociales probablemente desempeñan un papel más importante que los biológicos en la gran variedad de patrones de respuesta sexual en humanos, como veremos en otros capítulos. Sin embargo, es difícil, si no imposible, diferenciar entre los papeles complementarios de los aspectos psicológicos y biológicos que repercuten en nuestra sexualidad. ¿Cómo separar la rica diversidad de influencias psicológicas del sistema nervioso humano de donde son recolectadas, interpretadas y almacenadas? Por supuesto, la expresión de nuestra sexualidad está determinada por una compleja interacción entre factores sociales, emocionales y cognitivos, hormonas, neuronas y reflejos medulares. Además, un mejor conocimiento de las diferentes influencias que ayudan a moldear nuestros patrones individuales de excitación y respuesta sexual pueden agregar una importante dimensión a nuestra inteligencia sexual en desarrollo.

❶ El papel de las hormonas en el comportamiento sexual

Diferentes hormonas influyen en la sexualidad, sensualidad y atracción interpersonal entre los humanos. Entre las más conocidas están los andrógenos y los estrógenos, a las que comúnmente se les conoce como *hormonas sexuales*. Estas sustancias pertenecen al grupo de **hormonas esteroideas**, que son secretadas por las gónadas (testículos y ovarios) y las glándulas suprarrenales.

Sin duda usted ha escuchado las expresiones *hormonas sexuales masculinas* y *hormonas sexuales femeninas*. Como veremos, ligar ciertas hormonas a uno u otro sexo es erróneo, ya que ambos sexos producen hormonas sexuales masculinas y femeninas. Como vimos en el capítulo 3, el término genérico para las masculinas es *andrógenos*. En los varones, cerca de 95% del total de andrógenos es producido por los testículos. La mayor parte del 5% restante es generada por las porciones externas de las glándulas suprarrenales (la llamada *corteza suprarrenal*). Las glándulas suprarrenales y los ovarios en la mujer también producen andrógenos en cantidades aproximadamente iguales (Davis, 1999; Rako, 1996). El andrógeno dominante tanto en hombres como en mujeres es la testosterona. Por lo general, el cuerpo de los hombres secreta de 20 a 40 veces más testosterona que el de las mujeres (Rako, 1999; Worthman, 1999). Las hormonas sexuales femeninas, los estrógenos, son principalmente generadas por los ovarios. En los hombres, los testículos también producen estrógenos, pero en cantidades más pequeñas que en las mujeres.

Hormonas esteroideas
Las hormonas sexuales y las de las glándulas suprarrenales.

Hormonas neuropéptidas

Sustancias producidas en el cerebro que influyen en la sexualidad y en otras funciones del comportamiento.

Oxitocina Neuropéptido producido en el hipotálamo que influye en la respuesta sexual y en la atracción interpersonal.

Castración Extirpación quirúrgica de los testículos

Orquidectomía Procedimiento quirúrgico para extirpar los testículos.

Hipogonadismo Trastorno de la producción hormonal en los testículos que ocasiona deficiencia de testosterona.

La excitación, la atracción y los componentes de la respuesta sexual humana también están influidos por **hormonas neuropéptidas**, que son producidas en el cerebro. A una de las hormonas neuropéptidas más importantes, la **oxitocina**, también se le conoce como la “hormona del amor”, y parece que influye en la atracción erótica y emocional de un individuo hacia otro. En las siguientes secciones estudiaremos algunos hallazgos de investigaciones que vinculan la oxitocina con la atracción sexual humana, la excitación y el comportamiento. Consideraremos la evidencia que vincula la testosterona con el funcionamiento sexual en ambos sexos y examinaremos el papel de los estrógenos en la sexualidad femenina.

Las hormonas sexuales en el comportamiento sexual masculino

Varios estudios han relacionado la testosterona con la sexualidad masculina (Dabbs, 2000; Freeman y colaboradores, 2001; McNicholas y colaboradores, 2003). Todos ellos indican que tiene generalmente un mayor efecto sobre el deseo sexual masculino (libido) que sobre el funcionamiento sexual (Crenshaw, 1996). De este modo, un hombre con bajos niveles de testosterona puede mostrar poco interés en la actividad sexual, pero puede ser capaz de tener erección y orgasmos. Sin embargo, la testosterona sí influye en la sensibilidad de los genitales; por lo tanto, su deficiencia puede disminuir el placer sexual (Crenshaw, 1996; Rako, 1996). Además, algunos hombres presentan dificultad de erección asociada con esta deficiencia.

Una fuente de información acerca de los efectos de la testosterona sobre la función sexual masculina son los estudios hechos en hombres sometidos a la **castración**. Esta operación, llamada **orquidectomía** en lenguaje médico, consiste en extirpar los testículos, lo que en ocasiones se lleva a cabo como parte del tratamiento médico contra enfermedades como la tuberculosis genital y el cáncer de próstata (Parker y Dearnaley, 2003; Pickett y colaboradores, 2002). Dos estudios europeos mostraron que los hombres castrados quirúrgicamente experimentan una reducción significativa en el interés al igual que en la actividad sexuales en el primer año posterior a la cirugía (Bremer, 1959; Heim, 1981). Otros investigadores han encontrado deseo y funcionamiento sexual continuo hasta 30 años después de la castración, sin tratamiento suplementario de testosterona (Ford y Beach, 1951; Greenstein y colaboradores, 1995). Sin embargo, aun cuando el comportamiento sexual persiste después de la castración, los niveles de interés y actividad sexual generalmente disminuyen a menudo de manera drástica (Bradford, 1998; Rosler y Witztum, 1998). El que esta disminución ocurra tan frecuentemente indica que la testosterona es un factor biológico importante del deseo sexual.

Una segunda línea de investigación estudia los nexos entre las hormonas y el funcionamiento sexual masculino, e involucra medicamentos bloqueadores de andrógenos. En Europa y Estados Unidos se ha utilizado un tipo de medicamentos conocidos como *antiandrógenos* para tratar a los delincuentes sexuales, así como algunos padecimientos médicos como el cáncer de próstata (Bradford, 1998; Waxman y Mazhar, 2003). Los antiandrógenos reducen drásticamente la cantidad de testosterona circulante en la sangre (Waxman y Mazhar, 2003). Uno de estos medicamentos, el acetato de medroxiprogesterona (AMP o MPA por sus siglas en inglés; también conocido por su nombre comercial *Depo-provera*), ha recibido mucha atención de los medios en Estados Unidos. Varios estudios han encontrado que el AMP y otros antiandrógenos suelen ser eficaces para reducir el interés y la actividad sexual en hombres y mujeres (Crenshaw, 1996; Crenshaw y Goldberg, 1996). Sin embargo, la alteración de los niveles de testosterona no es un tratamiento completamente eficaz para los delincuentes sexuales, sobre todo en los casos donde los ataques se derivan de motivos no sexuales, como la ira o el deseo de ejercer poder y control sobre otra persona.

Un tercer tipo de evidencia que vincula la testosterona con la motivación sexual en los hombres son los estudios sobre el **hipogonadismo**, un estado de deficiencia

de testosterona que es el resultado de algunas enfermedades del sistema endocrino (el hipogonadismo también está asociado al proceso de envejecimiento en algunos hombres mayores). Si este problema se presenta antes de la pubertad, ocurre un retraso en la maduración de las características sexuales primarias y secundarias, y es posible que el individuo nunca desarrolle un interés sexual activo. Los resultados son más variables si la deficiencia de testosterona ocurre en la edad adulta. Muchos estudios de hombres con hipogonadismo ofrecen una fuerte evidencia de que esta hormona desempeña un papel importante en el deseo sexual masculino (McNicholas y colaboradores, 2003; Nusbaum y colaboradores, 2005; Yassin y colaboradores, 2005). Por ejemplo, los hombres con hipogonadismo que reciben tratamiento hormonal para reemplazar la testosterona a menudo recuperan su interés y actividad sexual normales (McNicholas y colaboradores, 2003; Nusbaum y colaboradores, 2005).

Las hormonas sexuales en el comportamiento sexual femenino

Aunque sabemos que los estrógenos contribuyen a generar una sensación general de bienestar, ayudan a mantener el grosor y la elasticidad del epitelio vaginal, y coadyuvan en la lubricación de la vagina (Kingsberg, 2002; Traish y colaboradores, 2002a), su función en el comportamiento sexual femenino aún no es muy clara. Algunos investigadores han informado que las mujeres posmenopáusicas (la menopausia está asociada con una marcada reducción en la producción de estrógenos) o aquellas a las que se les han extirpado los ovarios por razones médicas y que reciben terapia de estrógenos (TE) experimentan no solamente un aumento en la lubricación vaginal, sino también cierto aumento del deseo sexual, el placer y la capacidad orgásmica (Dow y colaboradores, 1983; Kingsberg, 2002). Los beneficios sexuales que se obtienen de la terapia de estrógenos ocurren debido a que esta hormona brinda una “actitud melosa” y crea una atmósfera emocional receptiva al contacto sexual (Crenshaw, 1996; Wilson, 2003). Además, puede desempeñar un papel facilitador en la excitación “en la que los efectos feminizantes de los estrógenos sobre las mamas, la piel y los genitales pueden aumentar la confianza e indirectamente el deseo sexual” (Bartlik y colaboradores, 1999a, p. 51). Véase el capítulo 4 para un estudio detallado de esta terapia y su vínculo con el cáncer de mama.

Otros investigadores han encontrado que la terapia de estrógenos no tiene un impacto discernible en el deseo sexual, y que cuando se administran en altas dosis pueden disminuir la libido (Levin, 2002; Redmond, 1999). En vista de estos hallazgos contradictorios, el papel de los estrógenos en la motivación sexual femenina y su funcionamiento permanece poco claro.

Existe menos ambigüedad acerca de la función de la testosterona en la sexualidad femenina. Hay considerable evidencia que deja pocas dudas de que juega un papel importante como la principal hormona de la libido en mujeres (Apperloo y colaboradores, 2003; Levin, 2002; Tucker, 2004). Diferentes evaluaciones experimentales de sus efectos en la sexualidad femenina brindan evidencia de una relación clara entre los niveles de testosterona circulante y el deseo sexual, la sensibilidad genital y la frecuencia de la actividad sexual. Por ejemplo, muchos estudios demuestran que la terapia de reemplazo de la testosterona aumenta el deseo y la excitación en mujeres posmenopáusicas (Apperloo y colaboradores, 2003; Gelfand, 2000).

Otras investigaciones han encontrado que las mujeres que recibieron terapia con testosterona o de estrógenos y testosterona después de la menopausia natural o después de la extirpación quirúrgica de los ovarios (ovariectomía, también llamada *ooforectomía*) experimentaron mayores niveles de deseo, excitación y fantasías sexuales que las que recibieron sólo estrógenos o que no se sometieron a terapia hormonal después de la cirugía (Apperloo y colaboradores, 2003; Nusbaum y colaboradores, 2005; Shifen y colaboradores, 2000; Tucker, 2004).



Palabras para consultar en InfoTrac

- Terapia de estrógenos (Estrogen Therapy)

Gran parte de la evidencia que señala la importancia de la testosterona en el funcionamiento sexual femenino proviene de estudios de mujeres con bajos niveles de esta hormona debido a una ovariectomía, adrenalectomía o menopausia natural. Un estudio de considerable interés buscaba determinar los efectos de los suplementos de testosterona sobre la excitación sexual fisiológica y subjetiva en un grupo de mujeres sexualmente funcionales con niveles normales de hormonas. Los investigadores encontraron que la testosterona administrada sublingualmente (tabletas debajo de la lengua) causó un aumento significativo en la respuesta genital después de unas pocas horas y que existía una fuerte asociación entre el aumento de la excitación genital y los informes subjetivos de “sensaciones genitales” y “apetito sexual” (Tuiten y colaboradores, 2000).

Otros estudios han encontrado que cuando se administra testosterona a mujeres con antecedentes de bajo deseo y excitación sexual inhibida, la frecuencia de fantasías sexuales, masturbación e interacción sexual con una pareja generalmente aumentan (S. Davis, 2000; Shifen y colaboradores, 2000). Además, cuando los investigadores compararon los niveles de testosterona en un grupo de mujeres saludables y sexualmente funcionales con los niveles de otro grupo con antecedentes de bajo deseo sexual, encontraron evidencia que vinculaba la libido aminorada con niveles reducidos de dicha hormona. Las mujeres del grupo de libido baja tenían niveles menores de testosterona que las del grupo sexualmente funcional (Riley y Riley, 2000).

¿Cuánta testosterona es necesaria para un funcionamiento sexual normal?

Ahora que hemos aprendido que la testosterona desempeña un papel importante en el mantenimiento del deseo sexual en ambos sexos, podríamos preguntar: ¿cuánta se necesita para asegurar una excitabilidad normal? La respuesta a esta pregunta es compleja y se ve afectada por varios factores.

La testosterona en el cuerpo de ambos sexos se presenta en dos formas: unida (ligada) y libre. Cerca de 95% de la testosterona circulante en la sangre del hombre está unida a una proteína (ya sea albúmina o globulina), donde está inactiva o es metabólicamente ineficaz. El 5% restante es testosterona libre, la cual es metabólicamente activa e influye en la libido masculina (Crenshaw, 1996; Donnelly y White, 2000). De igual manera, para las mujeres la testosterona unida representa entre 97 y 99%, y la libre, sólo entre 1 y 3% para producir efectos en los tejidos del cuerpo (Rako, 1996). La suma de las testosteronas libre y unida es la testosterona total en hombres o mujeres. El intervalo normal de testosterona total en la sangre de un varón es de 300–1 200 ng/dL (nanogramos por decilitro; un nanogramo es un milmillonésimo de gramo, o bien 1×10^{-9} gramos). En las mujeres el intervalo normal total es de 20–50 ng/dL (Rako, 1996; Winters, 1999). La cantidad esencial, o masa crítica necesaria para un adecuado funcionamiento varía de persona a persona en ambos sexos (Crenshaw, 1996; Rako, 1996). El que la mujer normalmente tenga cantidades mucho menores que los hombres no significa que tenga menor deseo sexual. Más bien parece que las células de su cuerpo son más sensibles a la hormona que las células del cuerpo de los hombres. Por lo tanto, sólo es necesario un poco de testosterona para estimular la libido de la mujer (Bancroft, 2002; Crenshaw, 1996).

Demasiada cantidad de esta hormona puede tener efectos adversos en ambos sexos (Redmond, 1999). El exceso de suplementos de testosterona en hombres suele causar diferentes problemas, como la alteración de los ciclos hormonales naturales, retención de sal o de fluidos y pérdida de cabello. Además, aunque no existe evidencia de que la testosterona cause cáncer de próstata, su exceso puede estimular el crecimiento de un cáncer prostático ya existente (Bain, 2001; Nusbaum y colaboradores, 2005). En las mujeres, el exceso de la hormona puede favorecer significativamente el crecimiento de vello facial y corporal, aumentar la masa muscular, disminuir el tamaño de las

mamas y agrandar el clítoris (Kingsberg, 2002). Sin embargo, en muchos casos sólo el uso irresponsable de grandes dosis durante un largo periodo provoca el desarrollo de efectos adversos en cualquiera de los dos sexos (Rako, 1999). Además, como hemos visto, los suplementos de testosterona pueden ayudar a restaurar el deseo sexual tanto en hombres como en mujeres que resienten niveles deficientes de esta hormona.

Un grado normal de testosterona total, en ambos sexos, no necesariamente descarta una base biológica para un deseo sexual bajo, ya que el componente hormonal clave en la libido (la testosterona libre) puede ser anormalmente bajo aunque el nivel de testosterona total se encuentre dentro de los límites normales. En consecuencia, si usted se encuentra experimentando una deficiencia de testosterona (véase la siguiente sección), es importante que se haga medir los niveles del componente libre además del nivel total. Hasta hace poco, muchos médicos sólo ordenaban el análisis de la testosterona total. Todavía hoy este procedimiento incompleto e inadecuado es utilizado por algunos. ■

Por último, la tasa a la cual disminuye la producción de testosterona con la edad difiere de manera notoria en hombres y mujeres. Como sucede normalmente, cuando los ovarios de una mujer comienzan a reducir su actividad en la menopausia, la testosterona total puede caer con rapidez en unos meses. En otras mujeres, la deficiencia se da de forma gradual, y toma algunos años (Gelfand, 2000; Kingsberg, 2002). (Aquellas a quienes les extirparon los ovarios quirúrgicamente tienen mayores probabilidades de presentar una caída precipitada o abrupta.) Cuando los ovarios ya no producen grados normales de testosterona, los niveles de las glándulas suprarrenales también disminuyen, aunque éstas continúen produciendo testosterona (Rako, 1999).

Por el contrario, en los hombres la reducción de testosterona con la edad generalmente es mucho menos precipitada. Aunque su producción en los testículos y glándulas suprarrenales disminuye con el paso del tiempo, los cambios son graduales y en general ocurren durante un amplio periodo (McNicholas y colaboradores, 2003; Sadovsky, 2005). Es probable que esto se deba en gran medida al funcionamiento continuo de los testículos, los cuales, a diferencia de los ovarios, no dejan de funcionar rápidamente en la edad adulta.

Los signos generales de deficiencia de testosterona son similares en ambos sexos, aunque su aparición es más rápida en mujeres que en hombres. Los síntomas más obvios de esta deficiencia se muestran en la  **tabla 6.1**.

Terapia de reemplazo de testosterona

Si presenta alguno de los síntomas listados en la tabla 6.1, debe buscar ayuda médica para una posible terapia de reemplazo de testosterona (TRT). En la actualidad es

 TABLA 6.1 Signos comunes de deficiencia de testosterona en ambos sexos	
• Descenso del nivel acostumbrado de deseo sexual. • Reducción en la sensibilidad de los genitales y los pezones a la estimulación sexual. • Aminoramiento de los niveles generales de excitación sexual, posiblemente acompañado de disminución de la capacidad orgásmica y orgasmos menos intensos. • Disminución de los niveles energéticos y posible depresión. • Aumento de la masa de grasa. • Disminución de la densidad mineral ósea, que puede causar osteoporosis en ambos sexos. • Reducción del vello corporal. • Disminución de la masa y la fuerza muscular.	

Fuente: Bain (2001), Kinsberg (2002), McNicholas et al. (2003), Nusbaum et al. (2005) y Sadovsky (2005).

mucho más sencillo encontrar ayuda médica confiable para los hombres que para las mujeres acerca de esta terapia. El uso de suplementos de testosterona para tratar problemas sexuales masculinos es relativamente común. En contraste, la comunidad médica es más reservada para recetarlos a mujeres que manifiestan síntomas de deficiencia. Sin embargo, poco a poco se muestra una apertura gradual para los beneficios de la terapia con suplementos de testosterona. De hecho, algunos líderes de opinión en ginecología y menopausia subrayan la necesidad de educar a los médicos y a los pacientes, en especial a las posmenopáusicas, acerca del uso de estos suplementos (Gelfand, 2000; Johnson, 2002).

Debido a la forma individualizada en que hombres y mujeres responden a las hormonas, no existe un método correcto o incorrecto para la terapia de reemplazo de testosterona, además de que no es necesaria para todas las personas con niveles bajos de ella. Idealmente, el sujeto buscará consejo médico y será el profesional de la salud quien determine si es apropiada en su caso y quien trabaje con el paciente para encontrar la mejor dosis y el mejor método de administración para aliviar de manera eficaz los síntomas de deficiencia.

Los suplementos de testosterona pueden ser administrados a hombres y mujeres por vía oral, sublingualmente (mediante tabletas debajo de la lengua), por inyección, implantación de una cápsula, o directamente aplicada a la piel mediante un gel de testosterona o un parche transdérmico (McNicholas y colaboradores, 2003; Morales, 2003; Sinclair y Kligman, 2005). La testosterona también puede ser aplicada a las mujeres por medio de cremas y geles vaginales. Los expertos en TRT advierten que tomar una dosis mayor que la necesaria para eliminar los síntomas de privación no mejora la libido ni el nivel general de energía, y podría producir efectos secundarios adversos. Además, como vimos en el capítulo 4, un estudio reciente sugiere que las mujeres sometidas a terapias con testosterona tienen un aumento en el riesgo de padecer cáncer de mama (Tamini, 2006).

La oxitocina en el comportamiento sexual de hombres y mujeres

La hormona neuropéptida *oxitocina*, que es producida en el hipotálamo, ejerce una influencia significativa en la respuesta sexual, la sensualidad y la atracción interpersonal de tipo erótico y emocional (Blaicher y colaboradores, 1999; Love, 2001; Wilson, 2003). Una de sus funciones biológicas mejor conocidas es facilitar la salida de leche por el pezón durante el amamantamiento (Wilson, 2003). Algunos llaman a la oxitocina la *sustancia del amor* o *del bienestar* porque su liberación durante el amamantamiento facilita la unión madre-hijo (Love, 2001). La descarga de oxitocina durante la excitación y la respuesta sexual puede tener un efecto parecido en las parejas sexuales.

Esta hormona es secretada durante el abrazo y la intimidad física, y el tacto es un poderoso mecanismo que detona su liberación. Se ha demostrado que niveles elevados de oxitocina circulante estimulan la actividad sexual en diferentes animales, incluyendo el ser humano (Anderson-Hunt y Dennerstein, 1994; Wilson, 2003). Esta hormona aumenta la sensibilidad de la piel al tacto y esto estimula o facilita el comportamiento afectivo (Love, 2001; McEwen, 1997). En los humanos, los niveles de oxitocina aumentan a medida que se avanza a través de un ciclo de respuesta sexual de la excitación inicial al orgasmo, y los grados más altos están asociados con una liberación orgásmica en ambos sexos (Anderson-Hunt y Dennerstein, 1994; Wilson, 2003). La oxitocina también estimula las contracciones de la pared uterina durante el orgasmo (Wilson, 2003).

El aumento de la liberación de oxitocina al momento del orgasmo, junto con los elevados niveles de esta hormona que permanecen en la sangre tiempo después, podrían contribuir a la unión erótica y emocional de las parejas sexuales y a un sentido de atracción compartida (Love, 2001; Pedersen, 1992). Los estudios con sujetos

humanos indican que la oxitocina desempeña un papel importante como facilitador de la unión social con otros y en el desarrollo y mantenimiento del sentimiento de estar enamorado (Carter, 1998; Wilson, 2003). Los niños autistas, que por lo general exhiben una habilidad reducida para formar lazos sociales y expresar amor, a menudo tienen bajos niveles de esta hormona (Green y colaboradores, 2001). Este hallazgo brinda más evidencia de la asociación entre los niveles de oxitocina y la capacidad para formar lazos e interacciones amorosas.

❶ El cerebro y la excitación sexual

Por experiencia propia, sabemos que el cerebro juega un papel importante en nuestra sexualidad. Todos nuestros pensamientos, emociones y recuerdos están mediados a través de complejos mecanismos cerebrales. La excitación sexual puede ocurrir sin ninguna estimulación sensorial; puede ser el resultado de una *fantasía* (en este caso, pensar en imágenes eróticas o encuentros sexuales). Algunos individuos incluso llegan al orgasmo durante una fantasía sin ninguna estimulación física (Whipple y Komisaruk, 1999; Whipple y colaboradores, 1992).

Sabemos que algunas situaciones específicas nos pueden excitar sexualmente. Menos aparente es el papel de la experiencia individual y la influencia cultural, las cuales están mediadas por nuestro cerebro. Por supuesto, no todos respondemos igual al mismo estímulo. Algunas personas se excitan si su pareja dice palabras sexuales explícitas; otras se sienten amenazadas y pierden el deseo sexual. La influencia cultural también juega un papel importante. Por ejemplo, el olor de las secreciones genitales puede resultar más excitante para muchos europeos que para los miembros de nuestra sociedad acostumbrada a los desodorantes. Antes de seguir con el estudio detallado del cerebro y la excitación sexual, daremos un vistazo a la influencia cultural sobre la excitación en el siguiente recuadro.

SEXUALIDAD Y DIVERSIDAD

Variaciones culturales de la excitación sexual

Aunque los mecanismos biológicos de la excitación y la respuesta sexual humana son universales, el estímulo y/o los comportamientos sexuales en particular que cada persona encuentra excitantes están influenciados por un condicionamiento cultural. Por ejemplo, en las sociedades occidentales, en las cuales el énfasis durante la actividad sexual está en obtener el orgasmo, las prácticas genitales se definen en general como muy excitantes. En contraste, en algunas sociedades asiáticas las conductas sexuales están entrelazadas con las tradiciones espirituales del hinduismo, el budismo y el taoísmo, en las cuales el principal objetivo de la interacción sexual no es el simple alcance del orgasmo, sino una prolongación de la excitación por largos periodos, por lo general varias horas (Stubbs, 1992). Los devotos de las tradiciones tántricas del oriente alcanzan el máximo placer haciendo énfasis en los aspectos sensuales y espirituales de una intimidad compartida, más que en el logro del orgasmo (Devi, 1977; Richard, 2002).

En muchas sociedades no occidentales, sobre todo en algunas culturas africanas, el orgasmo femenino es raro o completamente desconocido (Ecker, 1993). Además, en algunas de estas comunidades se evalúa la lubricación vaginal como algo negativo y el hombre se puede quejar por ello (Ecker, 1993). Esta actitud social estimula la práctica del “sexo seco” descrito en el capítulo 15.

Incluso en la sociedad estadounidense la etnicidad influye en la respuesta sexual, y su efecto es evidente en las tasas de orgasmo femenino reportadas en la National Health and Social Life Survey (NHSLS). En este estudio, 38% de las mu-

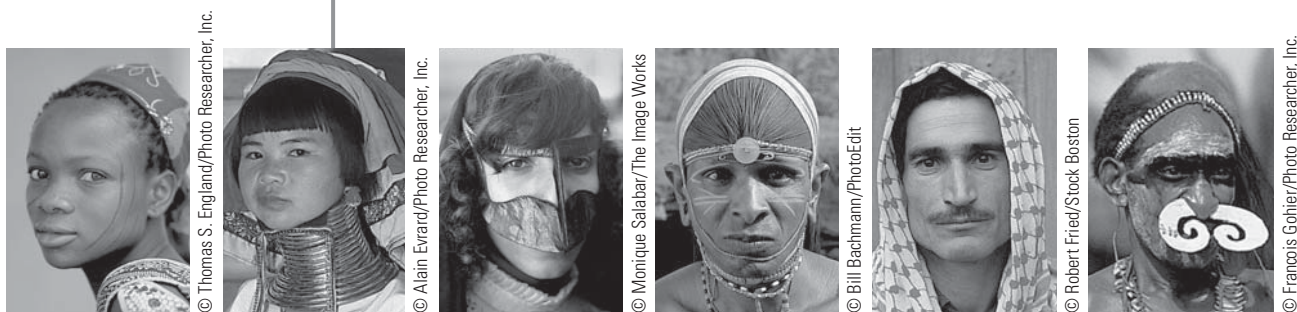
jerres afroamericanas reportó que siempre tenía un orgasmo durante la interacción sexual con su principal pareja, comparado con 26% de mujeres blancas y 34% de mujeres hispanas (Laumann y colaboradores, 1994). En los siguientes párrafos ofrecemos breves ejemplos de algunas otras facetas de la diversidad cultural en la excitación sexual humana.

Besarse en la boca, una fuente universal de excitación en la sociedad de Occidente, es algo raro o no existe en muchas otras partes del mundo. Algunos grupos de esquimales de América del Norte y habitantes de las islas Trobriand rozan sus narices en lugar de besarse, y entre los thonga de África del Sur este acto está considerado como un comportamiento detestable. Los seguidores del hinduismo en la India son reacios a besarse porque piensan que esto contamina el acto sexual. En su estudio de 190 sociedades, Clellan Ford y Frank Beach (1951) encontraron que besarse en la boca tan sólo es aceptado en 21 sociedades y se practica como preludio o acompañamiento del coito en sólo 13 de ellas.

El sexo oral (*cunnilingus* y felación) es una fuente común de excitación sexual en las sociedades de las islas del Pacífico del Sur, en naciones industrializadas de Asia, y en la mayor parte de Occidente. En contraste, en África (con excepción de las regiones del norte), esta práctica es vista como innatural y desagradable.

El jugueteo previo en general, ya sea sexo oral, caricias sexuales o besos apasionados, está sujeto a una amplia variación cultural. En algunas sociedades, en mayor medida en aquellas con tradiciones orientales, las parejas buscan prolongar la excitación sexual intensa por varias horas (Devi, 1977). Aunque en Occidente existe una gran variedad de patrones de jugueteo, por lo general éstos son de corta duración, ya que la pareja busca llegar rápido al “momento principal”, o sea, el coito. En otras sociedades, el jugueteo se reduce o está completamente ausente. Por ejemplo, entre los campesinos lepcha del sureste de los Himalayas, éste se limita a que el hombre acaricie brevemente los senos de su pareja; y entre los habitantes irlandeses de Inis Beag, la actividad preliminar al coito se restringe a besarse en la boca y acariciar con fuerza la parte inferior del cuerpo de la mujer (Messenger, 1971).

Otro indicador de la diversidad cultural es la gran variedad de estándares de belleza. Aunque las cualidades físicas ejercen una influencia profunda en la excitación sexual humana en casi todas las culturas, los modelos estéticos varían mucho, como podemos apreciar en las siguientes fotos de hombres y mujeres de distintas partes del mundo, considerados atractivos en sus propias localidades. Lo que puede ser bello o fuente de excitación erótica en una cultura, puede parecer extraño o no atractivo en otra. Por ejemplo, aunque algunas sociedades isleñas atribuyen un significado erótico a la forma y textura de los genitales femeninos, para la mayoría de las sociedades de Occidente esto no ocurre así. Para citar un último ejemplo: en muchas colectividades los senos descubiertos de la mujer no son vistos como un estímulo erótico, mientras que en Estados Unidos y otros países, sí.



Nuestros criterios de atractivo físico varían mucho, como se puede observar en estas seis fotografías de mujeres y hombres de todo el mundo que son considerados apuestos en sus respectivas culturas.

El cerebro es el centro de almacenaje de nuestros recuerdos y valores culturales, y en consecuencia su influencia sobre nuestra excitabilidad sexual es profunda. Los eventos estrictamente sexuales, como las fantasías, son producto de la **corteza cerebral**, el centro pensante del cerebro que controla funciones como el razonamiento, el lenguaje y la imaginación. La corteza cerebral representa sólo un nivel de funcionamiento en el cual el cerebro influye en la excitación y la respuesta sexual. A un nivel subcortical, el **sistema límbico** parece jugar un papel importante en la determinación del comportamiento sexual tanto en el hombre como en algunos otros animales.

La **figura 6.1** muestra algunas estructuras clave del sistema límbico. Éstas incluyen el *giro del cíngulo*, la *amígdala*, el *hipocampo* y partes del *hipotálamo* que desempeñan un importante papel regulador. Las investigaciones vinculan varias partes del sistema límbico con el comportamiento sexual (Arnow y colaboradores, 2002; Karamaeta, 2002; Stark, 2005). Los estudiosos han empezado a utilizar la resonancia magnética para registrar la actividad cerebral durante la excitación sexual. Esta investigación, descrita en el recuadro de la página siguiente, ha dado pruebas de la participación del sistema límbico en la respuesta sexual.

La evidencia indica que la estimulación eléctrica del hipotálamo en humanos produce excitación sexual que en ocasiones termina con un orgasmo (Sem-Jacobsen, 1968). Además, se han registrado casos en los cuales la estimulación cerebral eléctrica y química con fines terapéuticos tiene el mismo efecto.

El investigador médico Robert Heath (1972) experimentó con la estimulación del sistema límbico en pacientes con diferentes trastornos, y planteó que el placer inducido por estimulación demostraría tener algún valor terapéutico. A un paciente, un hombre con un trastorno emocional, se le proporcionó un aparato de autoestimulación que usaba hasta 1 500 veces por hora para estimular cierta área de su sistema límbico. Describía el estímulo como un intenso placer sexual y protestaba cada vez que se le quitaba el aparato. Otra paciente, una mujer con trastorno epiléptico, reportó placer sexual intenso y experimentó orgasmos múltiples como resultado directo de la estimulación cerebral.

Varios estudios han relacionado el hipotálamo con el funcionamiento sexual. Por ejemplo, los investigadores han informado de un aumento en la actividad sexual en ratas, incluidas erecciones y eyaculaciones, como resultado de la estimulación de las regiones anterior y posterior del hipotálamo (Paredes y Baum, 1997). Cuando

Corteza cerebral Capa externa del cerebro que controla los procesos mentales superiores.

Sistema límbico Sistema cerebral subcortical compuesto por varias estructuras interrelacionadas que influye en el comportamiento sexual de los humanos y de otros animales.



Palabras para consultar en InfoTrac

● Sistema límbico

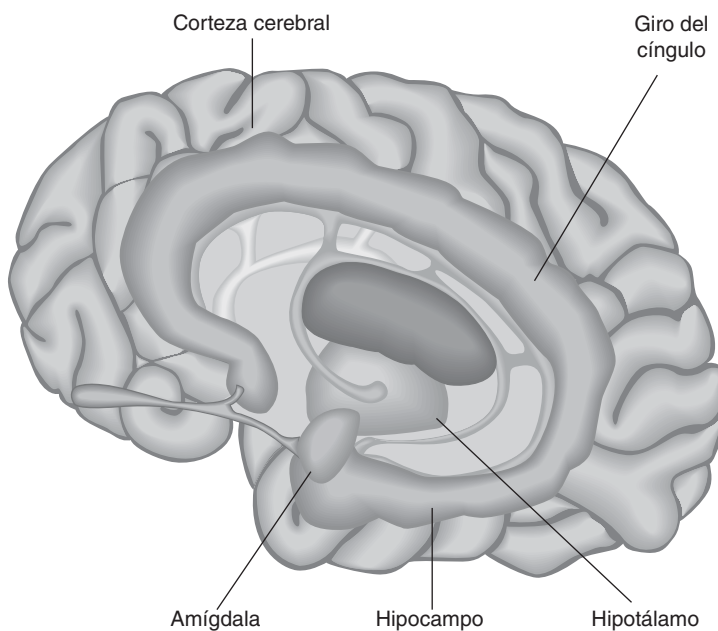


Figura 6.1 El sistema límbico, una región del cerebro asociada con la emoción y la motivación, es importante en la función sexual humana. Sus principales estructuras, sombreadas, son el giro del cíngulo, algunas partes del hipotálamo, la amígdala y el hipocampo.

Monitoreo con resonancia magnética de la función cerebral durante la excitación sexual

La investigación de avanzada ha demostrado los beneficios de utilizar una poderosa tecnología para mapear o registrar la actividad cerebral durante la excitación sexual. La *imagenología por resonancia magnética* (IRM, o MRI por sus siglas en inglés) es una técnica de investigación y diagnóstico que utiliza campos magnéticos y ondas de radio para construir imágenes tridimensionales del cerebro y de otras partes del cuerpo con sumo detalle. Esta tecnología puede mostrar imágenes de los tejidos blandos del cerebro, flujo sanguíneo en varias regiones de éste e indicaciones de las zonas que se activan (mediante el disparo acelerado de las neuronas) durante diferentes procesos mentales, como el pensamiento y las emociones. Los investigadores han demostrado que la resonancia magnética puede ser utilizada para registrar la actividad cerebral durante la excitación sexual de hombres y mujeres (Arnow y colaboradores, 2002; Holstege y colaboradores, 2003; Karama y colaboradores, 2002; Whipple y Komisaruk, 2005).

En un estudio, hombres y mujeres vieron videos eróticos mientras se les tomaba una resonancia magnética (Karama

y colaboradores, 2002). Se observó en ambos sexos la activación del cerebro en regiones del sistema límbico, en especial en la amígdala. En otro experimento, los varones observaron videos eróticos mientras se les sometía a la resonancia magnética. Se detectó la activación cerebral en estos sujetos, sobre todo en el hipotálamo y el giro del cíngulo, estructuras del sistema límbico (Arnow y colaboradores, 2002). Otro estudio utilizó la resonancia magnética para registrar la actividad cerebral durante el orgasmo femenino. Se observaron altos niveles de activación cerebral en varias áreas del sistema límbico, incluidos el hipotálamo, la amígdala, el hipocampo y el giro del cíngulo (Whipple y Komisaruk, 2005).

Los resultados de estos estudios y otros similares demostraron que la resonancia magnética es una excelente herramienta para monitorear la actividad cerebral durante la excitación y la respuesta sexual. Como vemos, esta tecnología promete mucho en el avance de nuestro entendimiento del papel del cerebro en nuestra sexualidad.

ciertas partes de esta estructura son destruidas quirúrgicamente, el comportamiento sexual de machos y hembras de distintas especies se reduce de manera dramática (Hitt y colaboradores, 1970; Paredes y Baum, 1977). Hay una relación entre una región ubicada en la zona preóptica del hipotálamo, el *área preóptica media*, APM (MPOA, por sus siglas en inglés), y la excitación y el comportamiento sexual. La estimulación eléctrica de esta área aumenta la actividad sexual, mientras que el daño a ella la reduce o elimina en machos de una amplia variedad de especies (Stark, 2005; Wilson, 2003). Los opiáceos, como la heroína y la morfina, tienen un efecto supresor en el área preóptica media y se sabe que inhiben el desempeño sexual en ambos sexos (Argiolas, 1999).

También se sabe que algunas sustancias naturales del cerebro, llamadas *neurotransmisores* (sustancias químicas que transmiten mensajes en el sistema nervioso) influyen en la excitación y la respuesta sexual debido a su efecto en el área preóptica media. Uno de estos transmisores, la **dopamina**, tiene tanto una secuela excitatoria en esa zona como un efecto facilitador en la excitación y la respuesta sexual en machos de muchas especies (Giargiari y colaboradores, 2005; Wilson, 2003). Además, se conoce que la testosterona estimula la liberación de dopamina en el área preóptica media, tanto en hombres como en mujeres (Wilson, 2003). Este hallazgo muestra un posible mecanismo por el que la testosterona estimula la libido en ambos sexos.

En contraste con el efecto facilitador de la dopamina en el comportamiento sexual, la **serotonina** (otro neurotransmisor) parece inhibirlo. La eyaculación del hombre causa una liberación de serotonina tanto en el APM como en el *hipotálamo lateral*, un área localizada a los lados del hipotálamo. Esta serotonina liberada reduce temporalmente el deseo y el comportamiento sexual al inhibir la liberación de dopamina (Hull y colaboradores, 1999). También suprime la excitación sexual bloqueando la acción de la oxitocina (Wilson, 2003). Las personas que sufren depresión a menudo son tratadas con medicamentos antidepresivos llamados *inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina* (ISRS, SSRI, por sus siglas en inglés). Estos fármacos, cuyo

Dopamina

Neurotransmisor que facilita la excitación y la actividad sexual.

Serotonina

Neurotransmisor que inhibe la excitación y la actividad sexual

efecto es aumentar los niveles de serotonina en el cerebro, a menudo afectan la libido y la respuesta sexual. Las investigaciones han demostrado que los ISRS disminuyen la sensibilidad genital y la capacidad orgásmica en ambos sexos (Michelson y colaboradores, 2002; Wilson, 2003).

En su conjunto, estos hallazgos brindan fuerte evidencia de que la dopamina facilita la excitación y la actividad sexual en hombres y mujeres, mientras que la serotonina parece producir un efecto inhibitor en ambos sexos.

Es poco probable que los investigadores algún día encuentren un “centro sexual” específico en el cerebro. Sin embargo, es claro que la corteza cerebral y el sistema límbico desempeñan un papel importante en el inicio, organización y control de la excitación y la respuesta sexual humana. Además, el cerebro interpreta una gran variedad de estímulos que a menudo ejercen una profunda influencia en la excitación sexual. Estudiaremos este tema en la próxima sección.

❶ Los sentidos y la excitación sexual

Se ha dicho que el cerebro es el órgano sensorial más importante de la excitación sexual. Esto indica que cualquier evento sensorial, si es interpretado como tal por el cerebro, puede servir como un estímulo sexual efectivo. La gran diversidad de fuentes de estimulación erótica ayuda a explicar la enorme complejidad sexual de los humanos.

De los principales sentidos, el tacto tiende a predominar durante la intimidad sexual. Sin embargo, todos los sentidos tienen el potencial de participar, y los estímulos visuales, olfatorios, auditivos y gustativos pueden contribuir a la excitación erótica. No hay mapas para el qué y el cómo de la estimulación sensorial. Cada uno de nosotros es único, cada quien tiene sus detonantes de excitación.

Tacto

La estimulación de la superficie de la piel es probablemente la fuente más frecuente de excitación sexual humana con respecto a cualquier otro tipo de estimulación sensorial. Las terminaciones nerviosas que responden al tacto están distribuidas por todo el cuerpo de manera irregular, lo que explica por qué algunas áreas son más sensibles que otras. Esas zonas más sensibles al placer táctil se conocen comúnmente como **zonas erógenas**. A menudo se hace una distinción entre zonas erógenas primarias (aquellas donde se considera que existe una gran concentración de terminales nerviosas) y zonas erógenas secundarias (aquellas partes del cuerpo que han adquirido significado a través del condicionamiento sexual).

Las **zonas erógenas primarias** son los genitales, las nalgas, el ano, el perineo, las mamas (especialmente los pezones), la cara interna de los muslos, las axilas, el ombligo, el cuello, las orejas (en especial los lóbulos) y la boca (labios, lengua y toda la cavidad oral). Sin embargo, es importante recordar que el solo hecho de que una zona sea considerada como erógena primaria no garantiza que su estimulación produzca excitación en la pareja. Lo que es intensamente excitante para una persona puede no serlo para otra, y puede resultar incluso hasta molesto.

Las **zonas erógenas secundarias** son prácticamente todas las demás partes del cuerpo. Por ejemplo, si su pareja besa con ternura y acaricia su espalda durante el acto sexual, esta área puede transformarse en una zona erógena. Las zonas secunda-

Zonas erógenas Áreas del cuerpo que son muy sensibles a la estimulación sexual.

Zonas erógenas primarias Áreas del cuerpo que contienen una densa concentración de terminales nerviosas.

Zonas erógenas secundarias Áreas del cuerpo que se han hecho sensibles a través del aprendizaje y la experiencia.



© Deborah Egan

Las caricias son una de las fuentes de estimulación erótica más frecuentes.

rias se erotizan porque son acariciadas dentro del contexto de la intimidad sexual. Un hombre y una mujer describen cómo el tacto mejora su experiencia sexual:



Palabras para consultar en InfoTrac

- Zonas erógenas

Me gusta que me toquen todo, en especial la espalda. Cada caricia me ayuda a desarrollar confianza y un sentido de seguridad. (Archivo de los autores.)

Las caricias suaves, no necesariamente genitales, me excitan al máximo. Cuando él toca mi cuello y mi espalda con sus dedos, mis nervios se vuelven muy sensibles, y todo mi cuerpo empieza a hormiguear de excitación. (Archivo de los autores.)

Vista

En nuestra sociedad, el estímulo visual parece ser de gran importancia. La principal prueba de esto es el énfasis que ponemos en la apariencia física con actividades como el arreglo personal, la selección de la ropa adecuada y el uso extendido de cosméticos. Por lo tanto, no es sorprendente que la vista ocupe el segundo lugar, detrás del tacto, en la jerarquía de estímulos que la gente encuentra excitantes.



Pensamiento crítico

Se ha dicho que las mujeres disfrutan más los abrazos y las caricias que el sexo genital, mientras que los hombres tienen poco interés en los "preliminares" y prefieren "ir al grano". ¿Usted cree que estas afirmaciones reflejan una diferencia genuina entre ambos sexos? Si es así, ¿es algo aprendido o biológicamente determinado?

La popularidad de revistas explícitas para caballeros en nuestra sociedad sugiere que el hombre se excita más que las mujeres con estímulos visuales. Las primeras investigaciones parecen respaldar esta conclusión. Kinsey encontró que más varones que mujeres reportaron excitación sexual por estímulos sexuales como fotos eróticas y espectáculos pornográficos (Kinsey y colaboradores, 1948, 1953). Sin embargo, este hallazgo refleja varias influencias sociales, incluidas las grandes inhibiciones culturales de la mujer que existían al momento de realizar este estudio, y el simple hecho de que el hombre ha tenido más oportunidades de desarrollar un apetito por tales estímulos. Además, a muchas mujeres el estilo antiguo de las películas pornográficas, que fueron hechas para satisfacer al hombre, les pareció ofensivo e insensible y nada que pudiera considerarse una fuente de estimulación sexual (Striar y Bartlik, 2000). Esta interpretación está respaldada por un estudio posterior en el que se usaron aparatos de registro fisiológico (véase el capítulo 2) para medir la excitación sexual en condiciones controladas de laboratorio. Estos estudios han demostrado fuertes similitudes en las respuestas físicas masculinas y femeninas al erotismo visual (Murnen y Stockton, 1997; Rubinsky y colaboradores, 1987). La mayoría de las mujeres presenta excitación sexual al ver películas eróticas, incluso aquellas que no reportan excitación alguna (Laan y Everaerd, 1996). Las investigaciones revelan que cuando esta expresión es medida a través del propio reporte de los individuos estudiados y no por aparatos fisiológicos, las mujeres son menos propensas que los hombres a reconocer excitación sexual por erotismo visual (Koukounas y McCabe, 1997; Mosher y MacIan, 1994). Este hallazgo podría reflejar la persistencia de las influencias culturales que hacen que ellas nieguen que se excitan por estímulos eróticos visuales, o puede indicar que tienen más dificultad que los hombres para identificar signos de excitación sexual en su cuerpo, o podría ser una combinación de ambos factores.

Olfato

Los antecedentes sexuales de una persona y el condicionamiento cultural a menudo influyen en qué olores pueden serle excitantes. Por lo general, aprendemos a través de la experiencia a considerar ciertos olores como eróticos y otros como desagradables. Desde esta perspectiva, podría no haber nada intrínseco en el olor de las secreciones genitales que haga que sean percibidas como excitantes o desagradables. Podríamos

argumentar lo contrario: que este olor podría ser excitante para todos los humanos si no fuera por el condicionamiento que enseñó a algunas personas a percibirlo como desagradable. La última interpretación está respaldada por el hecho de que algunas sociedades reconocen abiertamente el valor del olor genital como estimulante sexual. Por ejemplo, en algunas regiones de Europa donde la industria del desodorante es menos dominante, algunas mujeres aprovechan sus secreciones genitales colocando una discreta cantidad detrás de la oreja o en el cuello con el fin de que su olor excite a sus parejas sexuales.

Dos personas describen el impacto del olor en su sexualidad:

En ocasiones, mi pareja suda un olor a sexo que me excita de inmediato. (Archivo de los autores.)

Hay algo realmente estimulante acerca del olor de una mujer, y yo disfruto mucho el olor y el sabor de la piel de una mujer. (Archivo de los autores.)

La casi obsesión que mucha gente de nuestra sociedad tiene por el enmascaramiento de los olores corporales dificulta estudiar sus efectos. Cualquier olor natural que pueda producir excitación tiende a ser bien disimulado por baños, perfumes, desodorantes y antitranspirantes. Aun así, las experiencias personales permiten que algunos olores adquieran significado erótico, como lo revela la siguiente anécdota:

Me encanta el olor posterior a hacer el amor. Estimula breves recuerdos eróticos y mantiene alto mi nivel de excitación, lo que hace que realice algunas actividades adicionales. (Archivo de los autores.)

En una sociedad preocupada por los olores naturales, es agradable ver que algunas personas aprecien los olores asociados con la intimidad sexual.

Las hembras de muchas especies secretan ciertas sustancias, llamadas **feromonas**, durante su periodo fértil (Rako y Friebely, 2004; Wyatt, 2003). Existen dos sitios anatómicos ubicados en la nariz humana que pueden estar relacionados con la receptividad a las feromonas. Estos dos sitios son el *órgano vomeronasal* (OVN) y el *epitelio olfatorio* (EO). Ambas áreas transmiten mensajes neurales al cerebro. Muchos estudios indican que estos sitios ubicados en la nariz humana pueden detectar y responder a las feromonas (McCoy y Pitino, 2002; Rako y Friebely, 2004; Savic y colaboradores, 2005). En un estudio reciente, investigadores suecos aislaron dos sustancias que se sospecha son feromonas humanas: *estratetraenol* (EST), una sustancia parecida a los estrógenos encontrada en la orina femenina, y *androstadienona* (AND), un derivado de la testosterona hallado en el sudor masculino. Con la ayuda de la resonancia magnética y de la tomografía por emisión de positrones, estos científicos encontraron que la exposición al estratetraenol activa el hipotálamo de hombres heterosexuales pero no de mujeres heterosexuales, mientras que el olor de la *androstadienona* activó esta estructura en mujeres mas no en hombres. (Como se explicó antes en este capítulo, el hipotálamo participa en el funcionamiento sexual.) Un hallazgo adicional de interés en este estudio es que cuando se analizó el cerebro de hombres homosexuales, sus hipotálamos respondieron a ambas sustancias de manera similar a las mujeres heterosexuales (Savic y colaboradores, 2005).

Aunque cada vez mayor evidencia sugiere que los humanos sí secretan feromonas, no hay datos suficientes para determinar si estas sustancias actúan como atrayentes sexuales. Sin embargo, un gran número de corporaciones estadounidenses e internacionales han invertido en el desarrollo comercial y promoción de perfumes y colonias que, dicen, contienen sustancias que poseen las propiedades de las feromonas hu-

Feromonas Ciertos olores producidos por el cuerpo que se relacionan con las funciones reproductoras.



Palabras para consultar
en InfoTrac

● Feromonas

manas (Cutler, 1999; Kohl, 2002; Small, 1999). Sin embargo, aún está por determinarse si en realidad estos productos contienen auténticas feromonas con poder de atracción sexual.

En contra de lo que los mercaderes de fragancias comerciales quisieran que nosotros creyéramos, Alan Hirsch, un investigador de la Smell and Taste Treatment and Research Foundation de Chicago, recientemente encontró que los olores más excitantes para hombres y mujeres no son los perfumes ni las colonias. En el estudio de Hirsch, quien utilizó medidas de tumescencia peneana y flujo vaginal sanguíneo como marcadores fisiológicos de excitación, las mujeres se estimulaban más con el aroma del regaliz, el pepino y el pan de plátano y nueces, mientras que los hombres reaccionaban más fuerte al olor de la lavanda, el pastel de calabaza y las donas. Aunque ninguno de los olores utilizados inhibieron la excitación de los varones, algunos sí mermaron el flujo sanguíneo vaginal en las mujeres, como el olor de la carne a la parrilla, las cerezas y las colonias para hombres (Adamson, 2003).

Gusto

El gusto, el cual no ha sido bien estudiado, parece jugar un papel relativamente pequeño en la excitación sexual humana. Sin duda, esto se encuentra influenciado por los anuncios comerciales que promocionan mentas para el aliento y duchas vaginales de sabores. Aparte de hacer extremadamente conscientes a muchas personas acerca de sus olores y sabores, estos productos comerciales pueden enmascarar cualquier gusto natural que se relacione con la actividad sexual. Sin embargo, algunas personas pueden detectar y apreciar aquellos que aprenden a relacionar con la intimidad sexual, como el sabor de las secreciones vaginales o del semen.

Oído

El que las personas emitan sonidos durante la actividad sexual es muy variable, ya que se trata de una respuesta de pareja. Algunas sienten que las palabras, las conversaciones íntimas o eróticas, los gemidos y quejidos orgásmicos son muy excitantes; otras prefieren que la pareja permanezca en silencio durante el juego sexual. Muchas personas, ya sea por temor o por sentirse avergonzadas, hacen un esfuerzo conciente por evitar los ruidos espontáneos durante el acto sexual. Debido a la imagen silenciosa y estoica aceptada por muchos hombres, puede ser extremadamente difícil para ellos platicar, gritar o gemir durante la excitación. En un estudio, muchas mujeres reportaron que el silencio de sus parejas masculinas dificultaba su propia excitación (DeMartino, 1970). La renuencia de ellas a emitir sonidos durante el juego sexual podría estar influenciada por la noción de que las mujeres “lindas” no deben ser tan apasionadas como para hacer ruidos.

Además de ser sexualmente excitante, hablar con la pareja durante un interludio sexual puede ser informativo y de mucha utilidad (“Me gusta que me toques de esta manera”, “Un poco más despacio”, etc.). Si usted es de las personas a las que les gusta hacer ruido durante el acto sexual, su pareja podría responder igual si lo platica con antelación. Estudiaremos la conversación sobre preferencias sexuales en el capítulo 7.

Dos personas describen cómo los sonidos afectan su acto sexual:

Para mí es muy importante escuchar que mi pareja esté disfrutando de la experiencia. Es muy placentero estar con una mujer a la que no le importa gemir. Es bueno estar con alguien que se atreve a decirte que te está disfrutando. Si mi pareja no brinda la suficiente comunicación verbal con el sexo, mejor ahí lo dejamos. (Archivo de los autores.)



Pensamiento crítico

En su opinión, ¿cuál de los sentidos tiene mayor impacto sobre la excitación y la interacción sexual? ¿Por qué? ¿Existen diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a cuál sentido predomina durante la intimidad sexual?

Me gusta oír cómo nuestros cuerpos golpetean uno contra el otro cuando hacemos el amor, y escucharlo cómo gime y gruñe pidiendo más. También me gusta que diga mi nombre y decir el de él. (Archivo de los autores.)

❶ Los afrodisíacos y anafrdisíacos en la excitación sexual

Hasta este punto, hemos considerado el impacto de las hormonas, los procesos cerebrales y la parte sensorial de la excitación sexual humana. Otros factores también pueden afectar la excitabilidad en una situación dada. Algunos de ellos inciden directamente en la fisiología de la excitación; otros pueden tener una fuerte influencia en la sexualidad de la persona a través del poder del convencimiento. En las páginas siguientes estudiaremos los efectos de varios productos que la gente usa para aumentar o reducir la excitación sexual.

Los afrodisíacos: ¿de verdad funcionan?

Un **afrodisíaco** (llamado así por Afrodita, la diosa griega del amor y la belleza) es una sustancia que supuestamente despierta el deseo sexual o aumenta la capacidad para realizar actividades sexuales. Casi desde el principio de los tiempos, la gente ha buscado pociones mágicas y otros agentes para reavivar el interés erótico o para lograr desempeños sexuales olímpicos. Muchos han reportado haber encontrado tales sustancias, pero, otra vez, hay que considerar el enorme poder que tiene la mente en la actividad sexual humana. Primero consideraremos una gran variedad de alimentos a los que se atribuyen poderes afrodisíacos, y luego estudiaremos otros supuestos estimulantes sexuales, como el alcohol y diversas sustancias químicas.

Casi cualquier alimento que tenga la apariencia de los genitales externos ha sido considerado afrodisíaco en algún momento (Eskeland y colaboradores, 1997; Foley, 2006). Muchos de nosotros hemos escuchado chistes acerca de los ostiones, aunque para algunos las propiedades especiales de este molusco no son motivo de risa. Uno se pregunta hasta qué punto la industria de los ostiones lucra con este mito. Otros alimentos considerados afrodisíacos son los plátanos, los espárragos, los pepinos, los tomates, el ginseng y las papas (Castleman, 1997). De modo particular, en los países asiáticos se cree que los cuernos maduros de algunos animales como el rinoceronte y el reno son estimulantes sexuales muy poderosos. Desafortunadamente, la población de rinocerontes en África ha disminuido hasta casi el punto de la extinción, en gran parte debido a la creencia errónea de que los cuernos de este animal son un excitante eficaz (Tudge, 1991).

También se ha pensado que una gran variedad de drogas tiene efectos afrodisíacos. De estas sustancias, quizás el alcohol es de la que más se haya escrito acerca de sus propiedades estimulantes. En nuestra cultura está muy difundida la creencia de que posee propiedades que intensifican el erotismo.

Yo estoy convencido de los beneficios sexuales de beber vino. Después de un par de copas, me convierto en un verdadero perro de caza en la cama. Siempre puedo decir que mi esposa está de ánimos cuando trae una botella de vino rosado. (Archivo de los autores.)

Afrodisíaco Sustancia que se dice aumenta el deseo sexual y la capacidad de la actividad sexual.



Palabras para consultar en InfoTrac

● Afrodisíaco

Lejos de ser un estimulante, el alcohol tiene un efecto depresivo sobre los centros cerebrales y reduce las inhibiciones corticales, como el miedo y la culpa, que a menudo bloquean la expresión sexual (Cocores y Gold, 1989; McKay, 2005). También

puede afectar nuestra habilidad para procesar información de manera cognitiva (por ejemplo, valores y expectativas de las consecuencias del comportamiento), que de otra manera pondría un freno a los impulsos sexuales (MacDonald y colaboradores, 2000). Además, puede facilitar la actividad sexual ofreciendo una racionalización conveniente para un comportamiento que por lo normal entraría en conflicto con los valores personales (“No lo pude evitar. Mi cabeza estaba llena de alcohol”).

Sin embargo, el consumo de grandes cantidades de alcohol puede tener graves efectos negativos en el funcionamiento sexual (McKay, 2005). Las investigaciones han demostrado que el aumento de los niveles de intoxicación reduce la excitación sexual tanto en hombres como en mujeres (medido fisiológicamente), disminuye el placer y la intensidad del orgasmo y aumenta la dificultad para alcanzarlo (McKay, 2005; Rosen y Ashton, 1993). Una ingesta excesiva también puede producir deterioro físico, que por lo general reduce el interés y la capacidad sexual del individuo.

Este consumo puede incluso tener consecuencias potenciales más peligrosas en conjunción con la actividad sexual. Los estudios han demostrado una fuerte relación entre la ingesta de alcohol y la inclinación a participar en prácticas sexuales que tienen un alto riesgo de contagio de enfermedades mortales como el sida (Dittman, 2003; MacDonald y colaboradores, 2000). (Otras sustancias que alteran la mente, como la marihuana y la cocaína, también han sido relacionadas con comportamientos sexuales peligrosos.) ■

Además del alcohol, existen otras sustancias que se cree que son afrodisíacos. Algunas de éstas son las anfetaminas, como la metilendioximetanfetamina (MDMA), comúnmente conocida como *éxtasis*; la metanfetamina, llamada también *cristal*; los barbitúricos; la cantárida, conocida como *mosca española*; la cocaína; el LSD y otras drogas psicodélicas; el nitrito de amilo (una sustancia utilizada para tratar el dolor cardíaco), también conocido como *poppers*, y la L-dopa (un medicamento usado en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson). Como podrá advertir en el resumen que aparece en la ● **tabla 6.2**, ninguna de estas sustancias posee los atributos que la calificarían como un verdadero estimulante sexual.

Los investigadores están estudiando una sustancia que eventualmente parece tener cualidades afrodisíacas, por lo menos para algunas personas. Desde la década de 1920 se han pregonado reportes de los efectos estimulantes del hidrocloreto de yombina, o yombina, un cristal alcaloide derivado de la savia del árbol del mismo nombre, el cual crece en el África occidental. Experimentos realizados por investigadores de la Universidad de Stanford con ratones machos revelaron que las inyecciones de yombina inducen excitación y desempeño sexual intensos en estos animales (Clark y colaboradores, 1984). Los datos sugieren que esta sustancia es un verdadero afrodisíaco, al menos para los ratones. Varios estudios recientes con humanos han revelado que el tratamiento con yombina tiene la capacidad de afectar positivamente el deseo o el desempeño sexual, por lo menos en hombres con problemas de erección (Ernst y Pittler, 1998; Vermani y colaboradores, 2005; Rowland y colaboradores, 1997). Otro estudio demostró que aumenta la excitación sexual fisiológicamente medida en mujeres posmenopáusicas que reportan niveles de deseo sexual por debajo de lo normal (Meston y Worcel, 2002).

Tres medicamentos (Viagra, Levitra y Cialis) utilizados para tratar la disfunción eréctil podrían ser clasificados como afrodisíacos, ya que aumentan la capacidad para la actividad sexual facilitando la vasocongestión genital y la erección (véase el capítulo 14). Ninguno de estos medicamentos acrecienta el deseo sexual. En contraste, la bremelanotida, que en la actualidad se encuentra en pruebas clínicas, podría ser un afrodisíaco genuino que incrementa directamente el deseo sexual. Analizamos esta posibilidad en el recuadro titulado “Excitación sexual en aerosol nasal”, p. 167.

En vista de la inclinación de los humanos a buscar sustancias con cualidades afrodisíacas, y a la luz de los avances médicos en el campo de la medicina sexual, es muy posible que algunos estimulantes genuinos estén disponibles en el futuro. En la actualidad, se siguen utilizando diversas

? Pensamiento crítico

Suponga que las investigaciones revelan que la yombina o cualquier otra sustancia posee efectos afrodisíacos genuinos. ¿Qué beneficios podría traer su uso? ¿Qué tipo de abusos podrían surgir? ¿Usaría usted un afrodisíaco? Si es así, ¿en qué condiciones?

Nombre (denominación común)	Efectos atribuidos	Efecto verdadero
Alcohol	Aumenta la excitación; estimula la actividad sexual.	Puede reducir las inhibiciones para hacer el comportamiento sexual menos estresante. En realidad el alcohol es un depresor y en grandes cantidades puede afectar la erección, la excitación y el orgasmo.
Anfetaminas (<i>aviones</i>)	Mejoran el ánimo y la experiencia y habilidades sexuales.	Como estimulantes del sistema nervioso, las anfetaminas reducen las inhibiciones. Las grandes dosis o el uso prolongado pueden causar problemas de erección, retraso de la eyaculación e inhibición del orgasmo en ambos sexos, y pueden reducir la lubricación vaginal en las mujeres.
Nitrito de amilo (<i>poppers</i>)	Intensifica el orgasmo y la excitación.	Dilata las arterias que van al cerebro y al área genital; produce distorsión del tiempo y calor en el área pélvica. Puede disminuir la excitación sexual, retrasar el orgasmo e inhibir o bloquear la erección.
Barbitúricos	Aumentan la excitación; estimulan la actividad sexual.	Reducen inhibiciones igual que el alcohol, y pueden disminuir el deseo sexual, afectar la erección e inhibir la eyaculación.
Cantárida (<i>Mosca española</i>)	Estimula el área genital y hace que el individuo desee el coito.	No es eficaz como estimulante sexual. Actúa como un poderoso irritante que puede causar inflamación de la vejiga y de la uretra.
Cocaína (<i>coca</i>)	Aumenta la frecuencia y la intensidad del orgasmo; incrementa la excitación.	Es un estimulante del sistema nervioso central; bloquea las inhibiciones y da sensación de bienestar; puede afectar la habilidad para disfrutar el sexo, reduce el deseo sexual, inhibe la erección y causa eyaculación espontánea o retrasada.
LSB y otras drogas psicodélicas (incluyendo mezcalina y psilocibina)	Mejora la respuesta sexual.	No causa ninguna mejora fisiológica de la respuesta sexual. Puede producir una alterada percepción de la actividad sexual, frecuentemente asociada con experiencias eróticas no satisfactorias.
L-dopa	Rejuvenece sexualmente a los hombres mayores.	No existen beneficios documentados a la habilidad sexual. A veces produce un problema llamado <i>priapismo</i> (erección constante, no deseada).
Marihuana	Mejora el ánimo y la excitación; estimula la actividad sexual.	Estimula el ánimo y reduce inhibiciones igual que el alcohol. Puede inhibir la respuesta sexual y distorsionar el sentido del tiempo, causando la ilusión de una excitación y un orgasmo prolongados.
Yombina	Induce la excitación sexual y mejora el desempeño sexual.	Parece tener efectos afrodisíacos genuinos en las ratas. La evidencia reciente sugiere que puede aumentar el deseo y el desempeño sexual en humanos.

Fuente: Crenshaw (1996), Crenshaw y Goldberg (1996), Eisner et al. (1990), Finger et al. (1997), McKay (2005), Rosen y Ashton (1993), Rowland et al. (1997) y Yates y Wolman (1991).

sustancias a pesar de que existe evidencia de que no poseen cualidades verdaderas. ¿Por qué la gente sigue buscando un poco de polvo de cuerno de rinoceronte, o una comida con ostiones y ensalada de plátano o el cigarrillo de marihuana antes de un encuentro sexual? La respuesta se encuentra en la fe y la sugestión; éstos son los ingredientes que normalmente están presentes cuando se habla de las propiedades afrodisíacas de alguna sustancia. Si una persona cree que algún compuesto mejorará su vida sexual, la fe se traduce en el aumento subjetivo del placer sexual. Desde esta perspectiva, cualquier cosa tiene el potencial de servir como estimulante. Congruente con este punto de vista está la afirmación de Theresa Crenshaw (1996) de que “el amor, como quieras definirlo, parece ser el mejor afrodisíaco de todos” (p. 89).

Anafrodisíacos

Es sabido que algunas sustancias inhiben el comportamiento sexual, y las que producen este efecto son llamadas **anafrodisíacos**. Entre las sustancias comunes con potencial anafrodisíaco se encuentran: los antiandrógenos, los opiáceos, los tranquilizantes, los anticoagulantes, los antihipertensivos (medicamentos contra la hipertensión arterial), los antidepresivos, los antipsicóticos, la nicotina, los anticonceptivos

Anafrodisíaco Sustancia que inhibe el deseo y el comportamiento sexual.

orales, los sedantes, los antiulcerosos, los supresores del apetito, los esteroides, los anticonvulsivos usados para tratar la epilepsia, los medicamentos cardiovasculares, los reductores de colesterol, los medicamentos de venta libre contra las alergias que causan somnolencia, y los fármacos para tratar el cáncer, problemas cardíacos, retención de líquidos e infecciones por hongos (Crenshaw y Goldberg, 1996; DeLamater y Sill, 2005; Finger y colaboradores, 1997).

Existe mucha evidencia de que el uso regular de opiáceos, como la heroína, la morfina y la metadona, produce un descenso significativo y a veces agudo del interés y la actividad sexuales en ambos sexos (Ackerman y colaboradores, 1994; Finger y colaboradores, 1997). Los problemas graves de funcionamiento sexual asociados con el consumo de opiáceos son dificultades de erección e inhibición de la eyaculación en varones, así como la reducción de la capacidad para alcanzar el orgasmo en las mujeres.

Se ha demostrado que los tranquilizantes, utilizados ampliamente para el tratamiento de diferentes problemas emocionales, en ocasiones reducen la motivación sexual, afectan la erección y retrasan o inhiben el orgasmo en ambos sexos (Crenshaw y Goldberg, 1996; Olivera, 1994).

Muchos antihipertensivos preescritos para el tratamiento de la presión alta han demostrado experimentalmente que inhiben de manera grave la erección y la eyaculación, reducen la intensidad del orgasmo en varones y aminoran el interés sexual en ambos sexos (DeLamater y Sill, 2005; Finger y colaboradores, 1997).

Otro tipo de medicamentos psiquiátricos de uso común, como los antidepresivos, casi sin excepción pueden causar cambios adversos en la respuesta sexual. Éstos pueden ser disminución del deseo y retraso o ausencia de orgasmo en ambos sexos, así como problemas de erección en varones (Gregorian y colaboradores, 2002; Michelson y colaboradores, 2002).

Los medicamentos antipsicóticos también afectan la respuesta sexual. Entre sus potenciales reacciones adversas se encuentran los problemas de erección y el retraso de la eyaculación en hombres, así como dificultades para alcanzar el orgasmo y la disminución del deseo sexual en ambos sexos (Finger y colaboradores, 1997).

Muchas personas se sorprenden al escuchar que las píldoras anticonceptivas también están relacionadas con la reducción en el deseo sexual. Un estudio reciente de los efectos de cuatro diferentes anticonceptivos orales en las hormonas sexuales reveló que los cuatro producen una marcada reducción de los niveles de testosterona libre en la sangre (Wiegratz y colaboradores, 2003). Como aprendimos antes, la testosterona libre influye en la libido tanto de hombres como de mujeres. Un experimento reciente encontró que la excitación sexual inducida por videos eróticos en mujeres jóvenes, medida por fotopletismografía vaginal, fue inhibida por el uso de anticonceptivos orales (Seal y colaboradores, 2005).

Quizás el afrodisíaco más utilizado y menos reconocido es la nicotina. Existe evidencia de que el tabaquismo puede retardar de manera significativa la motivación y la función sexual constriñendo los vasos sanguíneos (retardando así la respuesta vasocongestiva del cuerpo a la estimulación sexual) y quizás reduciendo los niveles de testosterona en la sangre (McKay, 2005; Mannino y colaboradores, 1994). Sin embargo, la evidencia que vincula la nicotina con los niveles reducidos de testosterona no es concluyente (Kapoor y Jones, 2005).

➊ Respuesta sexual

La respuesta sexual humana es un proceso individual físico, emocional y mental. Sin embargo, hay un gran número de cambios fisiológicos comunes que nos permiten describir algunos patrones del ciclo de respuesta sexual. Masters y Johnson (1966) y Helen Singer Kaplan (1979), célebres terapeutas sexuales y autores, han descrito estos patrones. Brevemente describiremos las ideas de Kaplan antes de entrar al análisis detallado del trabajo de Masters y Johnson.

Excitación sexual con aerosol nasal

Un nuevo medicamento para tratar la disfunción sexual en hombres y mujeres está en investigación. Este medicamento, conocido con el nombre genérico de *bremelanotida*, es una sustancia sintética también llamada científicamente *PT-141*. Éste podría ser el primer afrodisíaco genuino que aumenta de manera directa el deseo y la excitación sexuales. Varios estudios han demostrado que la bremelanotida en forma de aerosol nasal es eficaz como tratamiento para la disfunción eréctil y los trastornos del deseo en ambos sexos (Dibbell, 2005; Diamond, 2005; Rosen 2004).

El descubrimiento de los potenciales efectos afrodisíacos y excitantes de la bremelanotida fue fortuito. El péptido Melatonan II, del cual se deriva esta sustancia, era probado como agente bloqueador solar. En una prueba clínica se observó que

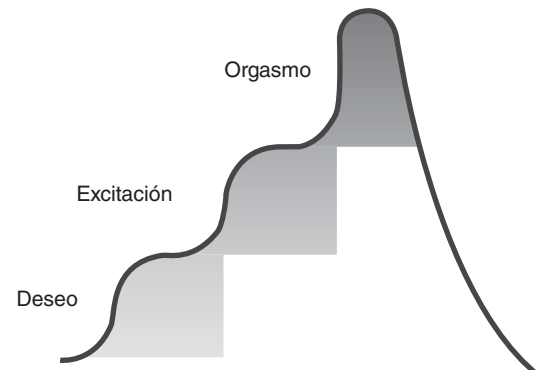
la Melatonina II inducía el bronceado e, inesperadamente, excitación sexual y erección espontánea en los voluntarios. Palatin Technologies, creadores de Melatonan II, comenzaron los estudios clínicos para obtener la aprobación de la FDA para utilizar la bremelanotida en el tratamiento de la disfunción sexual en hombres y mujeres. Se ha reportado que más de mil individuos han experimentado aumento en el deseo y la excitación sexual bajo la influencia de esta sustancia (Dibbell, 2005). El mecanismo por el cual esta sustancia consigue este resultado aún no se conoce, pero se cree que es el producto de un efecto directo sobre el cerebro (en contraste con el Viagra, que actúa sobre los genitales externos) (Dibbell, 2005). La bremelanotida podría estar en el mercado a finales de la primera década del siglo XXI, dependiendo de los resultados de las pruebas clínicas.

El modelo de las tres etapas de Kaplan

El modelo de Kaplan de la respuesta sexual, fruto de su vasta experiencia como terapeuta, contiene tres etapas: *deseo*, *excitación* y *orgasmo* (➔ figura 6.2). Kaplan dice que los problemas sexuales tienden a caer dentro de una de estas tres categorías, y que es posible que una persona tenga problemas en una etapa mientras sigue funcionando normalmente en las otras dos.

Una de las características más distintivas de este modelo es que incluye el deseo como una etapa distinta del ciclo de respuesta sexual. Muchos otros autores, incluidos Masters y Johnson, no estudian aspectos de la respuesta sexual que están separados de los cambios genitales. La descripción del deseo de Kaplan, como un preludio a la respuesta física sexual, es una nueva y bienvenida adición a la bibliografía. Al principio, su modelo fue acogido como el que rectificaba las deficiencias percibidas en el de Masters y Johnson. Sin embargo, ahora se sabe que agregar una simple etapa de deseo no ofrece un modelo completo de la excitación y la respuesta sexual humanas. Un problema de que el deseo forme parte de este modelo es que quizás, cuando mucho, 30% de las mujeres orgásmicas sexualmente experimentadas rara vez o nunca sienten deseo sexual espontáneo (Levin, 2002). Pocos hombres parecen estar incluidos en esta categoría. Por ejemplo, en el NHSLS, 33% de las mujeres reportó no estar interesada en el sexo, contra 16.5% de hombres (Laumann y colaboradores, 1994).

Está claro, entonces, que no toda la expresión sexual es precedida por el deseo. Por ejemplo, una pareja puede acordar tener actividad sexual aunque no se sienta sexualmente inclinada al momento. Es común que los dos sujetos descubran que sus cuerpos empiezan a responder sexualmente a la actividad a pesar de la falta de deseo inicial.



➔ **Figura 6.2** Modelo de las tres etapas del ciclo de respuesta sexual de Kaplan. Se caracteriza por señalar el deseo como un preludio a la respuesta sexual.

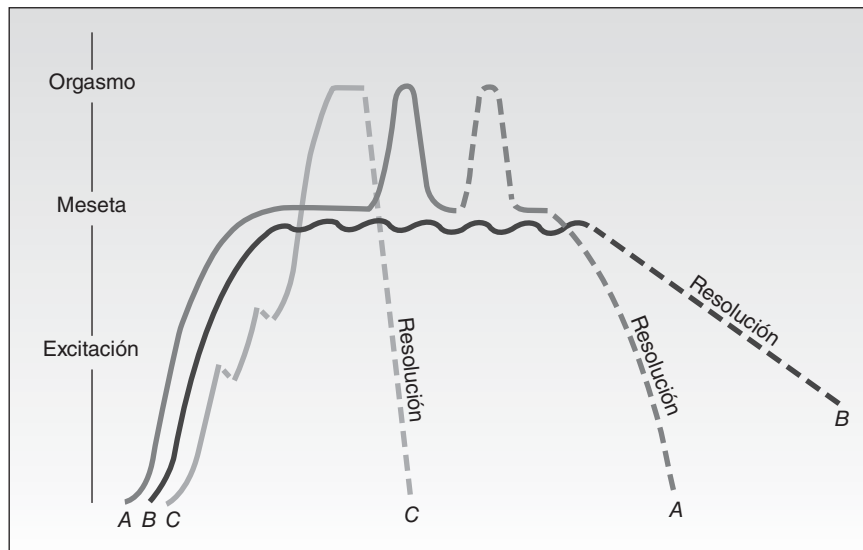
Fuente: Kaplan (1979).

El modelo de cuatro fases de Masters y Johnson

Masters y Johnson distinguen cuatro etapas en los patrones de respuesta sexual de hombres y mujeres: *excitación*, *meseta*, *orgasmo* y *resolución*. Las ➔ figuras 6.3 y 6.4 ilustran estas cuatro fases. Estas gráficas proporcionan mapas básicos de los patro-

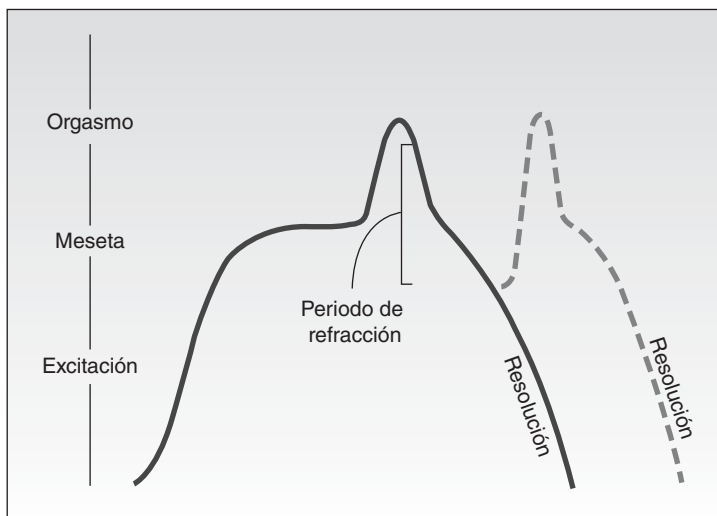
➡ **Figura 6.3** *Ciclo de respuesta sexual femenina*. Masters y Johnson identificaron tres patrones básicos. (El patrón A) es el más parecido al patrón masculino, con la diferencia de que la mujer puede tener uno o más orgasmos sin caer por debajo del nivel de meseta. Las variaciones de esta respuesta pueden ser una meseta extendida sin orgasmo (patrón B) y una obtención rápida del orgasmo sin meseta con una rápida resolución (patrón C).

Fuente: Masters y Johnson (1966).



➡ **Figura 6.4** *Ciclo de respuesta sexual masculina*. Sólo un patrón de respuesta masculina fue identificado por Masters y Johnson. Sin embargo, los hombres sí reportan variaciones considerables en su patrón de respuesta. Note el periodo de refracción; los varones no tienen un segundo orgasmo inmediatamente después del primero.

Fuente: Masters y Johnson (1966).



nes comunes, caracterizados por fuertes similitudes en las respuestas de hombres y mujeres al estímulo sexual. Sin embargo, Masters y Johnson notan una diferencia significativa entre ambos sexos: la presencia de un *periodo refractario* (una etapa de recuperación en la que hay incapacidad temporal de alcanzar el orgasmo) en la fase de resolución del hombre.

La simplificada naturaleza de estos diagramas puede opacar la riqueza de las variaciones individuales que ocurren. Masters y Johnson graficaron sólo las respuestas fisiológicas a la estimulación sexual. Las reacciones biológicas pueden seguir un curso relativamente predecible, pero la variabilidad en las respuestas individuales a la excitación sexual es considerable. Estas variaciones se mencionan en los diferentes reportes individuales de excitación, orgasmo y resolución incluidos al final de este capítulo.

Dos respuestas fisiológicas fundamentales a la estimulación sexual efectiva ocurren en hombres y mujeres. Éstas son: *vasocongestión* y *miotonia*. Estas dos reacciones básicas son las fuentes primarias de casi todas las respuestas biológicas que ocurren durante la excitación sexual.

La **vasocongestión** es el llenado de sangre de los tejidos corporales que responden a la excitación sexual. Por lo general, la sangre fluye a los órganos y tejidos a través de las arterias, y es equilibrada por una salida equivalente a través de las venas.

Vasocongestión Hinchazón de los vasos sanguíneos en determinadas partes del cuerpo en respuesta a la excitación sexual.

Durante la excitación sexual, sin embargo, las arterias se dilatan y aumenta el flujo de llegada más allá de la capacidad de las venas para sacar la sangre. Esto trae como resultado una extensa vasocongestión en tejidos superficiales y profundos. Las áreas visiblemente congestionadas se sienten calientes y parecen hinchadas y rojas como resultado del aumento en el contenido de sangre. Las manifestaciones más obvias de esta respuesta de vasocongestión son la erección del pene y la lubricación vaginal. Además, otras áreas del cuerpo también pueden hincharse, como los labios, los testículos, el clítoris, los pezones e incluso los lóbulos de las orejas.

Como vimos en el capítulo 2, Masters y Johnson y otros investigadores han utilizado aparatos como el fotopletismógrafo vaginal y el manómetro de distensión para el pene con el fin de medir electrónicamente la vasocongestión durante la excitación sexual. Los investigadores también han empezado a explorar los beneficios de las imágenes por resonancia magnética (RM) para analizar la respuesta sexual. Este nuevo método para estudiar la fisiología de la excitación sexual se describe en la siguiente página.

La segunda respuesta fisiológica básica es la **miotonía**, la tensión muscular intensa que ocurre en todo el cuerpo durante la excitación sexual. La miotonía es evidente tanto en las contracciones voluntarias como en las involuntarias. Sus manifestaciones más dramáticas son los gestos faciales, las contracciones espasmódicas de manos y pies, y los espasmos musculares que ocurren durante el orgasmo.

Las fases del ciclo de respuesta siguen los mismos patrones generales, sin importar el método de estimulación. La masturbación, la estimulación manual por la pareja, el sexo oral, el coito pene-vagina, las fantasías, los sueños y, en algunas mujeres, la estimulación de los senos pueden llegar a completar el ciclo de respuesta sexual. Por lo general, la intensidad y la rapidez de la respuesta varían según el tipo de estimulación.

La **tabla 6.3** de la siguiente página resume los principales cambios fisiológicos que ocurren en mujeres y hombres durante las cuatro fases del ciclo de respuesta sexual. Note las similitudes en los patrones de respuesta sexual de hombres y mujeres. Analizaremos algunas diferencias importantes con más detalle al final de este capítulo. En los siguientes párrafos brindamos algunas observaciones con respecto a las cuatro fases de la respuesta sexual y algunos reportes personales.

Durante la **fase de excitación** ambos sexos experimentan un aumento en la miotonía, la vasocongestión, la frecuencia cardíaca y la presión arterial. Mientras que la aparición de un **rubor sexual** (manchas de color rosado o rojo en el pecho o los senos) puede ocurrir en ambos sexos, es más común en las mujeres. La duración de esta fase es muy variable, y puede tardar desde menos de un minuto hasta varias horas, y el grado de excitación puede fluctuar entre alto y bajo. Los siguientes dos reportes, el primero de una mujer y el segundo de un hombre, brindan una indicación de las variaciones subjetivas de la forma en que la gente describe su excitación sexual.

Cuando estoy excitada, mi cuerpo se pone caliente y me gusta mucho acariciar otras áreas de mi cuerpo además de mis genitales. Después de un tiempo de esa estimulación, prefiero la estimulación manual directa si quiero un orgasmo. (Archivo de los autores.)

Cuando estoy sexualmente excitado todo mi cuerpo se llena de energía. En ocasiones se me reseca la boca y siento la cabeza ligera. Quiero que me acaricien todo el cuerpo, no sólo los genitales. En especial, me gusta la sensación de proximidad del orgasmo, esperando e invitándome a iniciar el final del viaje. A veces es agradable llegar al clímax rápidamente, pero por lo general prefiero que el periodo de excitación dure hasta donde pueda resistir, hasta que sienta que mi pene muere por la caricia final del éxtasis. (Archivo de los autores.)

Miotonía Tensión muscular.

Fase de excitación

Término usado por Masters y Johnson para la primera fase del ciclo de respuesta sexual, en el cual se hinchan los órganos sexuales y aumenta la tensión muscular, la frecuencia cardíaca y la presión sanguínea.

Rubor sexual

Enrojecimiento que puede aparecer en el pecho o los senos durante la excitación sexual.

Monitoreo con resonancia magnética de los cambios genitales durante la excitación sexual

En este mismo capítulo ya estudiamos el uso de la resonancia magnética (RM) para monitorear el cerebro durante la excitación sexual. La resonancia magnética también puede suministrar imágenes de los tejidos blandos de los genitales. Estas imágenes pueden ser utilizadas para monitorear los cambios en el flujo de sangre de los tejidos genitales, como se demostró en estudios recientes de excitación sexual femenina (Deliganis y colaboradores, 2000; Maravilla y colaboradores, 2000, 2003).

Un excelente ejemplo de este avance tecnológico es el estudio realizado por Kenneth Maravilla y sus colegas (2003). Estos investigadores reclutaron a un grupo de mujeres sexualmente funcionales para participar en una serie de tres estudios en los cuales los tejidos genitales fueron monitoreados con RM mientras las mujeres veían videos de contenido erótico y segmentos de videos no eróticos e imágenes neutrales. Las participantes llenaron cuestionarios acerca de sus niveles subjetivos de excitación sexual. Las tres investigaciones obtuvieron resultados similares. Todos los sujetos reportaron excitación sexual en los cuestionarios subjetivos, la cual estaba estrechamente relacionada con el aumento de flujo sanguí-

neo y de tamaño del clítoris. Maravilla y sus colegas encontraron que la resonancia magnética brindaba una excelente visualización de las estructuras anatómicas de las participantes, incluidos los principales vasos sanguíneos que intervienen en la vasocongestión. Además, las imágenes permitieron el cálculo preciso de los cambios en el tamaño del clítoris y en el volumen sanguíneo de los tejidos genitales durante la excitación sexual. Entre los hallazgos, hubo un aumento en el grado de flujo sanguíneo y en el volumen del clítoris durante el video erótico comparado con su estado durante el segmento neutral. En promedio, las dimensiones del clítoris se incrementaron más del doble desde un estado no excitado hasta el de excitación, en todos los sujetos.

Estas investigaciones y otros estudios semejantes demuestran que la RM es un excelente método para observar y medir cuantitativamente los cambios genitales durante la excitación sexual. La aplicación de esta tecnología ofrece una opción avanzada al uso de aparatos electrónicos, como el fotopletismógrafo vaginal y el manómetro de distensión del pene descritos en el capítulo 2.

➔ TABLA 6.3 Principales cambios fisiológicos durante cada una de las cuatro fases del ciclo de respuesta sexual

Fase	Reacciones comunes en ambos sexos	Respuestas femeninas	Respuestas masculinas
Excitación	- Aumento en la miotonía, la frecuencia cardíaca y la presión arterial. - Rubor sexual y erección de los pezones (más común en mujeres).	- El clítoris se inflama. - Los labios mayores se separan de la entrada de la vagina. - Los labios menores se inflaman y oscurecen. - Comienza la lubricación. - El útero se eleva. - Los senos aumentan de tamaño.	- Hay erección. - Los testículos se elevan y se agrandan. - La piel del escroto se engrosa y tensa.
Meseta	- La miotonía se hace más pronunciada y puede haber contracciones musculares involuntarias en manos y pies. - Aumentan la frecuencia cardíaca, la presión sanguínea y la frecuencia respiratoria.	- Se forma la plataforma orgásmica (inflamación del tercio externo de la vagina). - El clítoris se mete en su capucha. - El útero se eleva por completo. - La areola se inflama más.	- La inflamación y la elevación de los testículos se hacen más pronunciadas. - Puede haber secreción de las glándulas de Cowper.
Orgasmo	- Espasmos musculares involuntarios en todo el cuerpo. - Presión sanguínea, frecuencia respiratoria y frecuencia cardíaca al máximo nivel. - Contracciones involuntarias del esfínter rectal.	- La plataforma orgásmica se contrae rítmicamente de 3 a 15 veces. - Hay contracciones uterinas. - El clítoris permanece retraído en su capucha. - No hay más cambios en senos ni en pezones.	- Durante la fase de emisión, las estructuras sexuales internas se contraen, lo que causa acumulación de líquido seminal en el bulbo uretral. - Durante la fase de expulsión, el semen es expelido por contracciones de los músculos de la base del pene.
Resolución	- Cede la miotonía y la frecuencia cardíaca; la presión sanguínea y la frecuencia respiratoria regresan a lo normal inmediatamente después del orgasmo. - El rubor sexual desaparece rápidamente. - La erección de los pezones baja poco a poco.	- El clítoris desciende y la inflamación desaparece de manera gradual. - Los labios recuperan el tamaño previo a la excitación. - El útero desciende a su posición normal. - La falta de orgasmo después del periodo de alta excitación puede hacer más lenta la resolución.	- La erección se pierde en un periodo de pocos minutos. - Los testículos descienden y regresan a su tamaño normal. El escroto recobra su apariencia rugosa. - Resolución rápida en la mayoría de los hombres.

El término **fase de meseta** es una frase que se utiliza en las ciencias del comportamiento para describir un periodo de nivelación durante el cual no se detectan cambios. Por ejemplo, se puede referir a un punto estacionario en una curva de aprendizaje donde no ocurren nuevos comportamientos durante un periodo. La fase de meseta ha sido diagramada de esta manera en la gráfica del varón de la figura 6.4 y en el patrón A de la gráfica de la mujer (figura 6.3). En la actualidad, el nivel de meseta de la excitación sexual comprende una potente aparición de tensión sexual en ambos sexos (por ejemplo, aumento en la presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria) que continúa creciendo hasta que alcanza el pico que lleva al orgasmo.

La fase de meseta generalmente es breve y puede durar pocos segundos o varios minutos; sin embargo, muchas personas descubren que prolongar las tensiones sexuales a este alto nivel produce mayor excitación y orgasmos más intensos. Esto es reportado en las siguientes declaraciones subjetivas:

Cuando estoy a punto de venirme trato de aguantar lo más posible. Si mi pareja coopera, deteniéndose o alentando cuando es necesario, puedo mantenerme al borde por varios minutos, en ocasiones mucho más. Sé que lo que me falta es una sola sacudida. A veces todo mi cuerpo empieza a temblar y puedo sentir increíbles sensaciones como si fueran descargas eléctricas. Entre más pueda resistir, mejor será el orgasmo. (Archivo de los autores.)

Cuando me masturbo, llego casi hasta el punto del clímax y me detengo. Puedo saber cuándo estoy a punto de llegar al orgasmo porque la entrada de mi vagina se endurece y a veces puedo sentir cómo se contraen los músculos. Me gusta la sensación de estar en el borde, con una parte de mí queriendo terminar y la otra resistiéndose. Entre más mantengo este delicado equilibrio, más poderoso es el clímax. A veces el placer es más de lo que puedo soportar. (Archivo de los autores.)

A medida que continúa la estimulación efectiva, mucha gente pasa de la meseta al **orgasmo**. Esto es particularmente cierto en los hombres, quienes casi siempre lo alcanzan después de la fase de meseta. En contraste, las mujeres en ocasiones llegan al nivel de meseta sin alcanzar el clímax sexual. Esto se da a menudo durante el coito pene-vagina cuando el hombre logra primero el orgasmo o cuando la estimulación oral o manual eficaz es reemplazada con la penetración en el momento en que la mujer se acerca al orgasmo. Éste es la fase más corta del ciclo de respuesta sexual y sólo dura unos cuantos segundos.

Para ambos sexos la experiencia del orgasmo puede ser una intensa mezcla de sensaciones muy placenteras, pero es tema de controversia si esa experiencia es diferente en hombres y mujeres. Esta cuestión fue evaluada en dos análisis experimentales separados sobre las descripciones del orgasmo que proporcionaron estudiantes universitarios (Wiest, 1977; Wiest y colaboradores, 1995). Cuando se hizo la comparación de las descripciones subjetivas de hombres y mujeres utilizando una escala de calificación psicológica estándar, no se encontraron diferencias en ninguno de los dos estudios. Resultados similares se obtuvieron en un estudio anterior en el cual un grupo de 70 expertos fue incapaz de distinguir entre lo escrito sobre el orgasmo por hombres y mujeres (Proctor y colaboradores, 1974). Una investigación más reciente encontró que cuando a hombres y mujeres se les pide utilizar adjetivos para describir su experiencia subjetiva del orgasmo, hay más similitudes en la descripción que diferencias significativas (Mah y Binik, 2002).

Más allá de la cuestión de las diferencias sexuales durante el orgasmo, es claro que existe una gran variación individual en la forma en que hombres y mujeres lo describen. El recuadro de la siguiente página brinda cierta indicación de las diferentes maneras en que la gente experimenta y describe sus orgasmos.

Fase de meseta Término de Masters y Johnson para referirse a la segunda fase del ciclo de respuesta sexual, durante la cual aumentan la tensión muscular, la frecuencia cardíaca, la presión sanguínea y la vasocongestión.

Orgasmo Una serie de contracciones musculares de los músculos del suelo pélvico que ocurren durante el pico de la excitación sexual.

? Pensamiento crítico

¿Usted cree que hombres y mujeres difieren en la importancia que otorgan a la experiencia orgásmica durante la práctica sexual compartida? ¿Por qué?

Descripciones subjetivas del orgasmo

Las siguientes declaraciones, seleccionadas de nuestros archivos, ilustran la diversidad de las descripciones de los orgasmos. La primera fue hecha por una mujer y la segunda por un hombre. Las tres últimas, marcadas como reportes *A*, *B* y *C*, no tienen referencias específicas del sexo de su autor. Quizás a usted le gustaría tratar de establecer si fueron expresadas por un hombre o una mujer. Las respuestas aparecen al final del capítulo.

Mujer: Cuando estoy a punto de alcanzar el orgasmo, siento el rostro muy caliente. Cierro los ojos y abro la boca. Se concentra en mi clítoris y siento como descargas eléctricas que se irradian hacia el torso y por las piernas hasta mis pies. A veces siento como si necesitara orinar. Mi vagina se contrae de 5 a 12 veces. Siento la vulva pesada e inflamada. No existe otra sensación como ésta. ¡Es fantástica!

Hombre: El orgasmo concentra toda la energía hacia un núcleo de mi cuerpo. Entonces, de repente, toda esta energía se libera a través de mi pene. Mi cuerpo se calienta y se entumece antes del orgasmo; después se relaja poco a poco y me siento extremadamente sereno.

Reporte A: Es como anunciar un chocolate con almendras, "tan delicioso que resulta indescriptible". La sensación corre desde la parte superior de mi cabeza hasta la punta de los dedos de los pies y me invade una poderosa avalancha de placer. Va más allá de mi presencia física hasta otro nivel de conciencia, y aun así la sensación parece netamente física. ¡Qué paradoja! Lo siento por todas partes, por dentro y por fuera. Me encanta simplemente porque es mío y sólo mío.

Reporte B: Para mí un orgasmo es como llegar al cielo. Se liberan todas mis tensiones y ansiedades. Llegas a un punto donde no hay regreso, y es como un deseo incontrolable que hace que las cosas pasen. Pienso que el sexo y el orgasmo son unos de los grandes fenómenos que tenemos en la actualidad. Es una gran experiencia compartida para mí.

Reporte C: Tener un orgasmo es como el máximo momento que tengo para mí. No excluyo a mi pareja, pero es como si no pudiera escuchar nada y todo lo que siento es un espectacular alivio acompañado con el máximo placer que nunca haya sentido después de hacer cualquier otra cosa.

Aunque la fisiología de la respuesta orgásmica femenina está bien entendida, en nuestra cultura ha prevalecido la desinformación acerca de su naturaleza. Sigmund Freud (1905) desarrolló una teoría del orgasmo vaginal contra el orgasmo del clítoris, la cual ha afectado de manera adversa la forma de pensar de la gente acerca de la respuesta sexual femenina. Freud veía el orgasmo vaginal como algo más maduro que el del clítoris y, por lo tanto, preferible. La base fisiológica para esta teoría fue la suposición de que el clítoris es un pene atrofiado. Esto llevó a la conclusión de que las sensaciones eróticas, la excitación y el orgasmo producto de la estimulación directa del clítoris eran expresiones de sexualidad masculina más que de sexualidad femenina (Sherfy, 1972). Desafortunadamente, esta teoría llevó a muchas mujeres a creer, por error, que estaban mal adaptadas. Nuestro conocimiento

de la embriología ha establecido la falsedad de la teoría acerca de que el clítoris es un órgano masculino, como vimos en el estudio del proceso de diferenciación genital en el capítulo 3.

Contraria a la teoría de Freud, la investigación de Masters y Johnson sugiere que existe un tipo de orgasmo en las mujeres fisiológicamente hablando, sin importar el método de estimulación. La mayoría de los orgasmos femeninos es resultado de la estimulación directa o indirecta del clítoris. Sin embargo, ellas pueden tener orgasmos producidos por alguna fantasía, durante el sueño (orgasmos nocturnos), o por estimulación de otras partes del cuerpo, como los pezones o el *punto de Grafenberg*.

El punto de Grafenberg (G) Muchos estudios han reportado que algunas mujeres son capaces de tener orgasmos, y tal vez eyaculación, cuando se estimula vigorosamente una zona de la pared anterior de la vagina (Levin, 2003; Whipple y Komisaruk, 1999). Esta zona de sensibilidad erótica mencionada brevemente en el capítulo 4 es conocida como *punto de Grafenberg* (*Punto G*), en honor a Ernest Grafenberg (1950), un ginecólogo que fue el primero en advertir el significado erótico de esta zona de la vagina, hace casi 60 años. Se ha sugerido que el punto de Grafenberg no es un punto que pueda ser tocado con la punta del dedo; mas bien es una gran área compuesta por la pared anterior baja de la vagina y la uretra, y las glándulas que la rodean (glándulas de Skene) (Heath, 1984).

El punto de Grafenberg puede ser localizado por “la palpación sistemática de toda la pared anterior de la vagina, entre el lado posterior del hueso púbico y el cérvix. Por lo general, se usan dos dedos y es necesario presionar profundamente el tejido para alcanzar el punto” (Perry y Whipple, 1982, p. 29). Esta exploración puede ser conducida por la pareja de la mujer, como se muestra en la **figura 6.5**. Algunas mujeres localizan su propio punto de Grafenberg con la autoexploración.

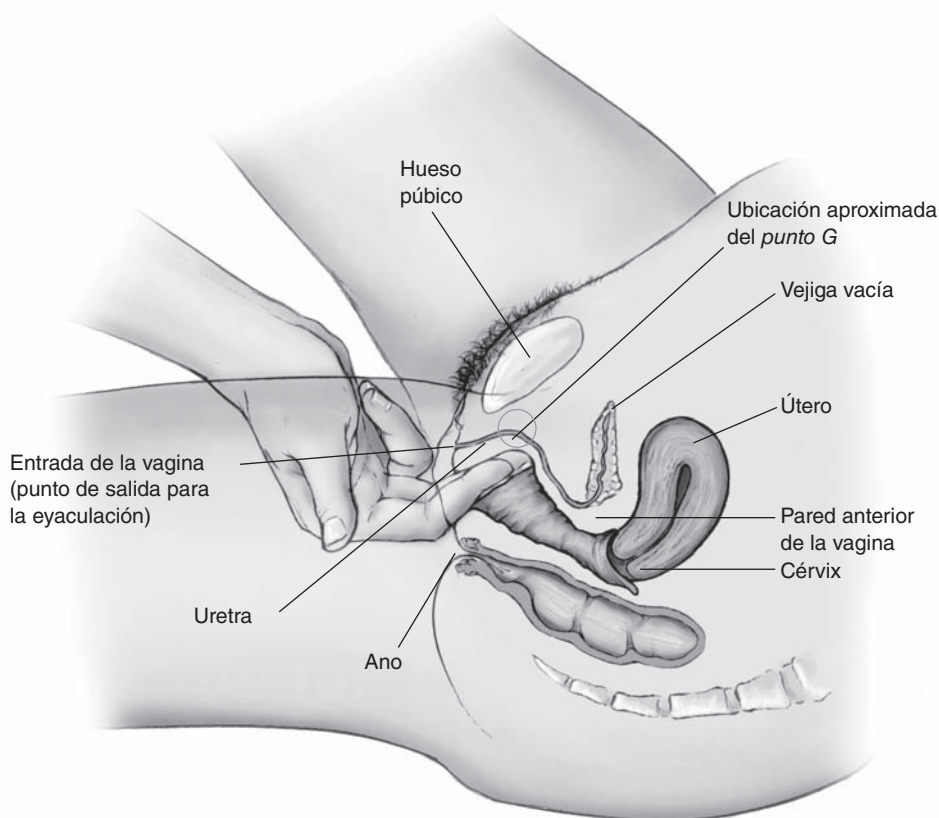


Figura 6.5 Localización del punto de Grafenberg. Por lo general, se usan dos dedos y es necesario presionar profundamente la pared anterior de la vagina para llegar a este punto.

Quizás lo más sorprendente de los orgasmos del punto de Grafenberg es que en ocasiones están acompañados por la eyaculación de un líquido a través del orificio uretral (Schubach, 1996; Whipple, 2000). Los estudios indican que la fuente de este líquido puede ser la próstata femenina, estudiada en el capítulo 4. Los conductos de este sistema drenan directamente al interior de la uretra. En algunas mujeres los orgasmos del *punto G* provocan que este fluido sea forzado a través de los conductos y hacia el exterior de la uretra. En vista de la naturaleza homóloga del tejido del punto de Grafenberg y la próstata masculina, podemos especular que la eyaculación femenina es similar al componente prostático del líquido seminal del hombre (Zaviacic y Whipple, 1993). Esta afirmación ha sido respaldada por estudios en los que se analizaron químicamente muestras de la eyaculación femenina y se encontró que contenían altos niveles de una enzima, la fosfatasa ácida prostática (FAP, o PAP, por sus siglas en inglés), característica del componente prostático del semen (Addiego y colaboradores, 1981; Belzer y colaboradores, 1984). Algunas mujeres reportan que este fluido tiene un aroma similar al del semen. Sin embargo, otro estudio sugiere que la sustancia eyaculada está químicamente más cerca de la orina que del semen (Alzate, 1990; Schubach, 1996). Una nota final de interés fue ofrecida por un reporte de un análisis bioquímico del tejido glandular de la “próstata femenina”, que reveló la presencia de un antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés), una sustancia secretada por la próstata masculina (Zaviacic, 2000).

Aunque se ha informado con cierto grado de confiabilidad la existencia de orgasmos del punto de Grafenberg acompañados a veces de eyaculación, nuestro entendimiento de este fenómeno aún no está completo. Por ejemplo, ¿qué tan comunes son estas respuestas? (Una encuesta entre 2 350 profesionistas estadounidenses y canadienses reveló que 40% de ellas respondió haber experimentado alguna vez la eyaculación de un líquido al momento del orgasmo [Darling y colaboradores, 1990].) ¿Es acaso el punto de Grafenberg un homólogo genuino de la próstata masculina? Está claro que se necesita más investigación antes de obtener respuestas concluyentes para ésta y otras preguntas.

Durante la fase final del ciclo de respuesta sexual, la **resolución**, los sistemas sexuales regresan a su estado no excitado; si no hay más estimulación, la resolución comienza inmediatamente después del orgasmo. Algunos de los cambios que se presentan de regreso al estado no excitado ocurren con rapidez, mientras que otros sobrevienen más despacio. Las dos siguientes declaraciones, la primera de un hombre y la segunda de una mujer, indican cómo varían las sensaciones de los individuos después del orgasmo:

Después del orgasmo me siento relajado y generalmente muy contento. A veces me da sueño, y en otras ocasiones me dan ganas de acariciar a mi pareja, si es que ella lo desea. Me gusta abrazarla y quedarnos así. (Archivo de los autores.)

Después del orgasmo me siento muy relajada. Mis estados de ánimo varían, en ocasiones estoy lista para volver a empezar; otras veces puedo levantarme y ponerme a hacer diferentes actividades, y otras sólo quiero dormir. (Archivo de los autores.)

Estos reportes subjetivos suenan parecidos, pero una diferencia significativa existe en las respuestas de hombres y mujeres en esta fase: su disponibilidad fisiológica para más estimulación sexual. Después del orgasmo, el hombre generalmente entra a un **periodo refractario**, aquel donde ningún estímulo adicional provocará un orgasmo. Este periodo puede durar minutos o días, y depende de varios factores, como la edad, la frecuencia de la actividad sexual previa, el grado de cercanía emocional y el deseo sexual por su pareja. En contraste, la mujer por lo general no tiene periodo de refracción comparable. Es capaz fisiológicamente de alcanzar otro orgasmo desde cualquier

Fase de resolución

Cuarta etapa del ciclo de respuesta sexual de Masters y Johnson, en el cual los sistemas sexuales regresan a su estado de no excitación.

Periodo de refracción

Lapso posterior al orgasmo del varón, durante el cual no puede lograr otro orgasmo.

punto de la fase de resolución; sin embargo, puede que no quiera hacerlo. En las últimas dos secciones de este capítulo estudiaremos los efectos del envejecimiento sobre la respuesta y excitación sexuales, y consideraremos algunas diferencias entre los patrones de respuesta sexual masculina y femenina.

❶ El envejecimiento y el ciclo de respuesta sexual

A medida que envejecemos, empezamos a notar cambios en la excitación y en los patrones de respuesta sexual. En esta sección veremos brevemente algunas de las variaciones más comunes que ocurren en los ciclos de respuesta sexual de hombres y mujeres.

El ciclo de respuesta sexual de mujeres mayores

En general, todas las fases del ciclo de respuesta se siguen dando en las mujeres mayores, pero con menor intensidad (Masters y Johnson, 1966; Segraves y Segraves, 1995).

Fase de excitación

La primera respuesta fisiológica a la excitación sexual, o sea, la lubricación vaginal, se hace más lenta en una mujer mayor; en lugar de tomar de 10 a 30 segundos, puede llevar varios minutos o más. En muchos casos, la lubricación es menor (Kingsberg, 2002; Nusbaum y colaboradores, 2005). Estudios realizados con el uso del fotopletiśmógrafo vaginal encontraron que el aumento del volumen sanguíneo vaginal de las posmenopáusicas durante la excitación sexual es menor que en las premenopáusicas; sin embargo, en ambos grupos se reportaron niveles de actividad y satisfacción sexual similares, lo que indica que el relativo nivel de vasocongestión se encuentra dentro del rango necesario para el funcionamiento normal (Morrell y colaboradores, 1984). Otro estudio encontró que las mujeres mayores que tienen relaciones sexuales una o dos veces por semana lubrican más fácilmente que aquellas cuya actividad sexual es poco frecuente (Brackett y colaboradores, 1994).

Cuando la lubricación y expansión vaginal disminuyen de manera considerable durante la respuesta sexual, el coito puede ser molesto o doloroso (Mansfield y colaboradores, 1995). Además, algunas reportan disminución en el deseo sexual y en la sensibilidad del clítoris, factores que interfieren con la excitación sexual. La terapia hormonal, las cremas con estrógenos aplicadas a la vagina y los lubricantes vaginales por lo general ayudan a aliviar estos síntomas (Kingsberg, 2002). ■



Salud sexual

Fase de meseta

Durante la fase de meseta se desarrolla la plataforma orgásmica vaginal y el útero se eleva. En una mujer posmenopáusica estos cambios ocurren en menor grado que antes de la menopausia (Masters y Johnson, 1966).

Fase de orgasmo

Las contracciones de la plataforma orgásmica y del útero siguen ocurriendo durante el orgasmo, aunque su número por lo regular se reduce en mujeres mayores. Éstas siguen siendo capaces de tener orgasmos múltiples y de hecho siguen teniéndolos (Nusbaum y colaboradores, 2005). Sin embargo, muchas de ellas requieren un periodo de estimulación más largo para alcanzar el orgasmo, y algunas experimentan una reducción en la capacidad para tenerlo (Nusbaum y colaboradores, 2005; Sarrel, 1988).

El orgasmo parece ser un aspecto importante de la actividad sexual en mujeres mayores. Una encuesta reveló que 69% de las mujeres de entre 60 y 91 años mencio-

nó la palabra *orgasmo* como respuesta a la pregunta “¿Qué considera usted una buena experiencia sexual?” (Starr y Weiner, 1981). Sólo 17% respondió que “el coito”. Además, la palabra “orgasmo” fue la respuesta a la pregunta “¿Qué es lo más importante para usted en el sexo?” El 65% de las encuestadas reportó que la frecuencia de sus orgasmos era la misma que cuando eran jóvenes.

Fase de resolución

La fase de resolución generalmente ocurre más rápido en mujeres posmenopáusicas (Nusbaum y colaboradores, 2005). El cambio de color de los labios, la expansión vaginal, la formación de la plataforma orgásmica y la retracción del clítoris desaparecen pronto después del orgasmo. Esto se debe probablemente a la reducción de la vasocongestión pélvica durante la excitación.

En resumen, los efectos del envejecimiento en la sexualidad femenina varían en forma considerable. Muchas mujeres experimentan cambios menores y algunas presentan graves afectaciones en su interés sexual, excitación y capacidad orgásmica. Una vida sexual activa ayuda a mantener la salud vaginal, y una pareja funcional e interesada junto con una buena comunicación contribuyen a que las mujeres mayores tengan relaciones sexuales gratificantes. La terapia hormonal también puede solucionar algunos de los muchos problemas que interfieren con la respuesta sexual placentera.

El ciclo de respuesta sexual en hombres mayores

La mayoría de los cambios que ocurren en el ciclo de respuesta sexual de hombres mayores son alteraciones en la intensidad y duración de la respuesta (Masters y Johnson, 1966; Segraves y Segraves, 1995).

Fase de excitación

Durante la juventud, muchos hombres experimentan una erección en unos cuantos segundos. Esta habilidad se ve afectada con el envejecimiento. En lugar de necesitar de 8 a 10 segundos, pueden requerir varios minutos de estimulación efectiva para tener una erección. Además, en un hombre mayor ésta puede ser menos firme que la de sus días de juventud. También suele ser necesario o deseable que haya más estimulación física, como caricias con las manos o estimulación oral. Esta disminución en la velocidad de repuesta puede causar alarma y temor a la disfunción eréctil en algunos hombres:

Creo que los pequeños detalles que se fueron juntando me hicieron darme cuenta de que me tomaba más tiempo lograr una erección: el hecho de que podía ir a la cama sin erección con una mujer muy deseable, y que los besos y los abrazos generalmente no eran suficientes para encenderme. Primero me sentí sacudido por este descubrimiento, y pensé que perdería mi potencia sexual. Sin embargo, recibí algunos buenos consejos de mi médico, quien me aseguró que aunque las cosas se desaceleren un poco, siguen siendo funcionales. (Archivo de los autores.)

Afortunadamente, este hombre recibió buen consejo. La mayoría de los varones retiene su capacidad de erección durante toda la vida. Cuando ellos y su pareja entienden que un retraso en la obtención de la erección es normal, el patrón alterado tiene poco o ningún efecto en el disfrute de su expresión sexual.

Fase de meseta

Los hombres mayores generalmente no experimentan tanta miotonía (tensión muscular) durante la fase de meseta como cuando eran jóvenes. La completa erección del

pene se obtiene al final de la fase de meseta, justo antes del orgasmo. Uno de los resultados de estos cambios es que el hombre mayor es capaz de sostener la fase de meseta más tiempo que cuando era joven, lo que puede aumentar significativamente su placer. Muchos de ellos y sus parejas aprecian esta prolongada oportunidad de disfrutar otras sensaciones de respuesta sexual además de la eyaculación. Cuando un hombre penetra a su compañera también puede apreciar su mayor control eyaculatorio.

Fase de orgasmo

La mayoría de los hombres mayores continúa experimentando considerable placer de sus respuestas orgásmicas. De hecho, en un estudio efectuado entre miembros de este segmento de la población, 73% reportó que el orgasmo fue muy importante en sus experiencias sexuales (Starr y Weiner, 1981). Sin embargo, pueden notar un decremento en la intensidad. Desaparecen las sensaciones de inevitabilidad eyaculatoria, correspondientes a la fase de emisión del semen. El número de contracciones musculares que ocurren durante la fase de expulsión por lo general se reduce, al igual que la fuerza de la eyaculación (Nusbaum y colaboradores, 2005).

Fase de resolución

La resolución, típicamente, ocurre más rápido en hombres mayores (Nusbaum y colaboradores, 2005). En general, la pérdida de la erección es bastante rápida, en especial si se le compara con la de hombres jóvenes. La resolución se hace más rápida con la edad, y el periodo de refracción entre el orgasmo y la siguiente fase de excitación se prolonga gradualmente (DeLamater y Friedrich, 2002). El hombre puede empezar a notar esto en sus 30 o 40 años. A menudo, a los 60 años el periodo de refracción dura varias horas y en algunos casos varios días.

La **tabla 6.4** resume los cambios comunes en los ciclos de respuesta sexual de mujeres y hombres mayores.

➔ TABLA 6.4

Cambios típicos relacionados con la edad en el ciclo de respuesta sexual de hombres y mujeres mayores

Fase	Cambios comunes en las mujeres	Cambios comunes en los hombres
Excitación	- La lubricación vaginal se retrasa y ocurre con un volumen menor. - La mucosa vaginal se adelgaza y disminuyen tanto la longitud como el ancho de la vagina.	- Se requiere más tiempo para lograr la erección. - La erección puede ser menos firme.
Meseta	- La plataforma vaginal es menos pronunciada. - Menor elevación del útero.	- Menor tensión muscular total. - Menor elevación de los testículos. - La duración de esta fase a menudo se prolonga.
Orgasmo	- Menos contracciones orgásmicas. - En ocasiones, las contracciones uterinas pueden ser dolorosas.	- El número de contracciones musculares disminuye y se reduce la fuerza de la eyaculación. - Puede estar ausente la sensación de inevitabilidad eyaculatoria.
Resolución	Por lo general, ocurre más rápido, ya que la expansión vaginal, la plataforma orgásmica y la retracción del clitoris desaparecen pronto después del orgasmo.	- Ocurre más rápido, con una pérdida más acelerada de la erección. - El periodo refractario entre el orgasmo y la siguiente fase de excitación se alarga de forma gradual.

➤ Diferencias en la respuesta sexual de ambos sexos

Cada vez más los autores enfatizan las similitudes básicas de la respuesta sexual de hombres y mujeres. Vemos esto como una tendencia positiva lejana a la noción popular de que existen grandes diferencias entre los sexos, una opinión que sin duda ha ayudado a crear un gran mercado para muchos manuales diseñados con el fin de informar a sus lectores acerca de los misterios y las complejidades del sexo opuesto. Ahora sabemos que se puede aprender mucho de nuestras parejas observando cuidadosamente nuestros propios patrones sexuales. Sin embargo, existen algunas diferencias principales, reales e importantes. En las siguientes páginas estudiaremos algunas de ellas.

Mayor variabilidad en la respuesta femenina

Una gran diferencia entre los sexos es el rango de variación en el ciclo de respuesta sexual. Aunque las gráficas de las figuras 6.3 y 6.4 no reflejan diferencias individuales, sí demuestran un mayor rango en la respuesta femenina. Se describe un patrón para el hombre y tres para la mujer.

En la gráfica femenina, el patrón de respuesta sexual representado por la línea *A* es más parecido al patrón masculino (véase figura 6.3). Sin embargo, difiere de manera importante en el potencial de tener orgasmos adicionales sin caer por debajo del nivel de meseta. La línea *B* representa un patrón femenino diferente: un suave avance a través de la excitación hasta el nivel de meseta, donde la mujer puede permanecer por algún tiempo sin lograr el orgasmo. La consecuente fase de resolución es más lenta. La línea *C* representa un rápido aumento de la excitación, seguido por un orgasmo intenso y una resolución rápida.

Aunque parezca que las mujeres a menudo tienen patrones de respuesta sexual más variados que los hombres, esto no implica que todos los hombres presenten el ciclo de respuesta exactamente de la misma manera. Los varones reportan una variación considerable del estándar de Masters y Johnson, incluyendo varios picos orgásmicos suaves seguidos por eyaculación, contracciones pélvicas prolongadas después de la expulsión de semen y periodos alargados de intensa satisfacción que se sienten como un largo orgasmo antes de la eyaculación (Zilbergeld, 1978). En otras palabras, no existe un solo patrón ni una “manera correcta” de respuesta sexual. Todos los patrones y sus variaciones, incluidas las diferentes reacciones individuales al estímulo sexual en diferentes momentos o en diferentes situaciones, son completamente normales.

Periodo de refracción del hombre

El periodo de refracción en el ciclo masculino es, en efecto, una de las diferencias más significativas en la respuesta sexual de ambos sexos. Por lo general, los hombres descubren que debe transcurrir un mínimo de tiempo después de un orgasmo antes de que puedan experimentar otro clímax. La mayoría de las mujeres no tiene esta fase de bloqueo impuesta fisiológicamente.

Existe mucha especulación acerca de las razones por las cuales sólo los hombres tienen un periodo de refracción. Es posible que algún tipo de mecanismo inhibitorio neurológico de corta duración sea disparado por la eyaculación. Esta aseveración está respaldada por un fascinante estudio realizado por científicos británicos (Barfield y colaboradores, 1975). Estos investigadores pensaban que ciertas rutas químicas que existen entre el cerebro medio y el hipotálamo (rutas que se sabe que participan en la regulación del sueño) podrían tener algo que ver con la inhibición posorgásmica de los varones. Para probar su hipótesis, los investigadores destruyeron un sitio específico, el *lemnisco medial ventral*, a lo largo de estas rutas en roedores. Para su comparación,

eliminaron quirúrgicamente otras tres áreas del hipotálamo y el cerebro medio en diferentes ratas. Las últimas observaciones del comportamiento sexual revelaron que la eliminación del lemnisco medial ventral tuvo un efecto drástico sobre los periodos de refracción, acortando su duración a la mitad.

Algunas personas creen que la respuesta al acertijo de los periodos de refracción está, de algún modo, conectada con la pérdida de fluido seminal durante el orgasmo. La mayoría de los investigadores se mantienen escépticos ante tal aseveración, ya que no existe ninguna sustancia conocida en el semen expulsado que sea fuente de energía o que provoque una marcada reducción hormonal, ni ninguna otra explicación bioquímica implícita.

Otra explicación sugiere que la *prolactina*, una hormona pituitaria secretada copiosamente después del orgasmo en ambos sexos, puede ser el “interruptor” que induzca el periodo de refracción en el hombre (Kruger y colaboradores, 2003; Levin 2003). Esta interpretación no toma en cuenta la ausencia del periodo de refracción en la mujer. Cualquiera que sea la razón, éste no sólo se presenta en los hombres, sino también en los machos de casi todas las especies, incluidos los perros, ratas y chimpancés.

Multiorgasmia

Las diferencias entre ambos sexos ocurren también en una tercera área de los patrones de respuesta sexual: la habilidad de los **orgasmos múltiples**. Técnicamente hablando, el término *multiorgasmia* se refiere a tener más de un orgasmo en un corto tiempo.

Aunque los investigadores difieren en lo que consideran orgasmos múltiples, para nuestros propósitos podemos decir que si un hombre o una mujer tiene dos o más en un breve periodo, entonces es capaz de experimentar multiorgasmia. Sin embargo, existe una diferencia entre ambos sexos que a veces es opacada por tal definición. No es raro que una mujer tenga varios orgasmos secuenciales separados por breves periodos (quizás segundos). En contraste, los periodos entre orgasmos en el hombre son más prolongados.

¿Cuántas mujeres experimentan orgasmos múltiples? Kinsey y sus colegas (1953) reportaron que cerca de 14% de las mujeres estudiadas tenía orgasmos múltiples de manera regular. En una encuesta de *Psychology Today* en 1970, los lectores revelaron una cifra de 16% (Athanasίου y colaboradores, 1970).

A simple vista, parece que la capacidad de experimentar orgasmos múltiples está limitada a una minoría de mujeres. Sin embargo, el estudio de Masters y Johnson demostró que esta aseveración es falsa.

Si una mujer que es capaz de tener orgasmos regularmente es estimulada poco después de su primer clímax, en la mayoría de los casos será capaz de tener un segundo, un tercero, un cuarto e incluso un quinto y hasta un sexto orgasmo antes de quedar satisfecha por completo. A diferencia de la incapacidad masculina de tener más de un orgasmo en un corto periodo, muchas mujeres, especialmente cuando su clítoris es estimulado, por lo general pueden tener cinco o seis orgasmos en cuestión de minutos (Masters y Johnson, 1961, p. 792).

De este modo, tenemos que la mayoría de las mujeres tiene la capacidad de experimentar multiorgasmia, pero al parecer sólo una pequeña proporción la consigue. ¿Por qué existe esta gran brecha entre la capacidad y la experiencia? La respuesta podría ser la fuente de estimulación. El reporte de Kinsey y la encuesta de *Psychology Today* se basaron en las tasas de orgasmo durante el coito pene-vagina. Por muchas razones, incluyendo la costumbre del hombre de detenerse después de su orgasmo inicial, las mujeres no continúan el coito más allá de su primer orgasmo. En contraste, varios investigadores han demostrado que es más factible que las mujeres que

Multiorgasmia Más de un orgasmo experimentado en un breve periodo.



Pensamiento crítico

Colectivamente, las mujeres parecen tener una mayor capacidad para tener orgasmos, para lograrlos a partir de una gran variedad de estímulos, y para tener más problemas en alcanzarlo que los hombres. ¿A qué factores atribuye usted esta mayor variación en los patrones de respuesta orgásmica de las mujeres?

se masturban y aquellas que se relacionan sexualmente con otras mujeres alcancen el primer orgasmo y continúen para lograr otros (Athanasiou y colaboradores, 1970; Masters y Johnson, 1966).

No queremos decir que todas las mujeres deberían estar teniendo orgasmos múltiples. Por el contrario, muchas prefieren las experiencias donde sólo tienen uno o donde no tienen ninguno. Los datos existentes sobre las capacidades femeninas para tener orgasmos múltiples no deben ser interpretados como la manera en que ellas “deben” responder. Esto podría llevar a un nuevo y arbitrario estándar sexual. La siguiente declaración ilustra la tendencia a establecer dichos estándares.

Cuando era niña y adolescente, cualquier mujer joven y soltera que disfrutara y estuviera en busca de encuentros sexuales era considerada como loca o promiscua. Ahora me dicen que debo tener varios orgasmos cada vez que hago el amor para poder ser considerada “normal”. ¡Qué cambio en nuestras definiciones de lo que es normal o saludable...! Desde aquella persona fría que no se involucra hasta esta increíble criatura que debe hacerlo muchas veces con sólo tronar los dedos. (Archivo de los autores.)

Como se mencionó antes, los orgasmos múltiples son mucho menos comunes en los hombres. Son reportados más a menudo por varones muy jóvenes, y su frecuencia decae con la edad. No es común encontrar hombres, ni siquiera universitarios, que por rutina tengan más de un orgasmo durante un solo encuentro sexual. Sin embargo, estamos de acuerdo con Alex Comfort (1972), quien afirmó que los hombres son probablemente más capaces de tener orgasmos múltiples de lo que se imaginan. Muchos han sido condicionados por años de masturbación a terminar lo más pronto posible para que nadie se dé cuenta. Esta forma de pensar difícilmente estimula a un adolescente a continuar experimentando después de alcanzar el orgasmo inicial. A través de la experimentación, muchos hombres hacen descubrimientos parecidos al descrito en la siguiente declaración:

Por algún motivo nunca me había sucedido que pudiera seguir haciendo el amor después de alcanzar el orgasmo. Durante 30 años de mi vida, esto era la señal del final para mí. Creo que respondía de esta manera debido a todas las razones que usted expuso en clases y a otras que no mencionó. Mi esposa estaba conmigo la noche que usted discutió los periodos de refracción. Platicamos al respecto de regreso a casa, y al día siguiente hice el intento. Ahora estoy enojado conmigo por haberme perdido algo tan agradable todos estos años. Descubrí que puedo tener más de un orgasmo en una sola sesión, y mientras, que puedo tardar en venirme otra vez; lo que me toma llegar es una parte muy agradable. ¡A mi esposa también le gusta! (Archivo de los autores.)

La evidencia sugiere que algunos hombres pueden tener orgasmos múltiples. En un estudio, 21 varones fueron entrevistados (de edades entre 25 y 69 años), y todos declararon que generalmente tenían orgasmos múltiples, pero no siempre. Para esta investigación, los orgasmos múltiples masculinos fueron definidos como “dos o más orgasmos con o sin eyaculación y sin o con poca pérdida de la erección durante un encuentro sexual” (Dunn y Trost, 1989, p. 379). El patrón fue variable, y algunos hombres experimentaron eyaculación con el primer orgasmo, seguido de varios orgasmos “secos”. Otros informaron tener varios orgasmos sin eyaculación seguidos de uno final con eyaculación. Otros reportaron variaciones a estas dos respuestas.

Al hacer el amor no es necesario terminar con una eyaculación. Para muchos hombres es satisfactorio continuar con la actividad sexual después de alcanzar el clímax.

Para mí, una de las mejores partes del sexo es tener un coito poco tiempo después de haber alcanzado mi primer orgasmo. Para mí es relativamente fácil lograr otra erección,

aunque rara vez alcanzo otro clímax durante la misma sesión. La segunda vez puedo concentrarme por completo en las reacciones de mi pareja sin distraerme en mi propia excitación. El ritmo es por lo general relajado, y me excita mucho psicológicamente. (Archivo de los autores.)

Tal vez los orgasmos múltiples no son el tema más importante a tratar, sino más bien una posible área de exploración. Un acercamiento leve a esta posibilidad puede brindar a hombres y mujeres interesados una oportunidad de experimentar con mayor amplitud toda la gama de sus potenciales sexuales.

R E S U M E N

El papel de las hormonas en el comportamiento sexual

- Ambos sexos producen las llamadas *hormonas sexuales masculinas* y *hormonas sexuales femeninas*. En los hombres, los testículos producen cerca de 95% del total de andrógenos y algunos estrógenos. Los ovarios y las glándulas suprarrenales de la mujer generan, aproximadamente, andrógenos en iguales cantidades; los estrógenos son secretados principalmente por sus ovarios.
- El andrógeno dominante en ambos sexos es la testosterona. El cuerpo de los hombres, por lo regular, produce de 20 a 40 veces más testosterona que el de las mujeres, pero las células femeninas son más sensibles a ella que las células masculinas.
- Aunque es difícil distinguir los efectos de las hormonas sexuales de la influencia de los procesos psicológicos sobre la excitación sexual, los estudios indican que la testosterona desempeña un papel importante en el mantenimiento del deseo sexual en ambos sexos.
- Uno de los principales síntomas de deficiencia de testosterona en ambos sexos (descenso del nivel normal del deseo sexual) puede ser eliminado con terapia de reemplazo de testosterona. Sin embargo, aumentar el nivel de esta hormona por encima del patrón normal puede tener efectos adversos en ambos sexos.
- La hormona neuropeptida oxitocina producida en el hipotálamo ejerce una significativa influencia sobre las respuestas sexuales, la sensualidad y la atracción erótica y emocional entre los individuos.

El cerebro y la excitación sexual

- El cerebro juega un papel importante en la excitación sexual humana, donde sirve como mediador de nuestros pensamientos, emociones, recuerdos y fantasías.
- La evidencia vincula tanto la estimulación como la alteración quirúrgica de varias zonas del cerebro con la excitación sexual en humanos y otros animales.
- El sistema límbico, en especial el hipotálamo, desempeña un papel importante en la función sexual.

- Ciertas sustancias neurotransmisoras del cerebro influyen en la respuesta y excitación sexual. La dopamina facilita la excitación y la actividad sexual en hombres y mujeres, y la serotonina brinda un efecto inhibitorio en ambos sexos.

Los sentidos y la excitación sexual

- El tacto tiende a predominar entre los sentidos que estimulan la excitación humana. Hay áreas del cuerpo que son muy sensibles al tacto y se les conoce como *zonas erógenas*. Las zonas erógenas primarias son áreas con una densa concentración de terminales nerviosas; las zonas erógenas secundarias son otras partes del cuerpo que adquieren significado erótico a través del condicionamiento sexual.
- La vista ocupa el segundo lugar como proveedor de estímulos considerados sexualmente excitantes por muchas personas. Evidencia reciente sugiere que la mujer responde al erotismo visual tanto como el hombre.
- Todavía falta demostrar con claridad si los sentidos del olfato y del gusto desempeñan un papel biológicamente determinado en la excitación sexual humana, pero son sólo nuestras experiencias individuales las que hacen que algunos olores y sabores adquieran significado erótico. Sin embargo, nuestra obsesión cultural por la higiene personal tiende a enmascarar los olores y sabores naturales que se relacionan con la actividad sexual.
- Los estudios hechos en animales no humanos han aislado varias feromonas (olores sexuales) que están fuertemente asociadas con actividades sexuales reproductivas.
- Los estudios han arrojado evidencias de que los humanos también producen feromonas que actúan como atrayentes sexuales.
- Algunos individuos sienten que los sonidos durante el acto sexual son muy excitantes, mientras que otros prefieren que sus amantes permanezcan en silencio. La comunicación durante un encuentro sexual, además de ser sexualmente estimulante para algunos, también puede ser informativa.

Los afrodisíacos y anafrodisíacos en la excitación sexual

- No hay evidencia clara de que alguna sustancia que comamos, bebamos, fumemos o nos inyectemos tenga genuinas cualidades afrodisíacas. La fe y la sugestión tienen mucho que ver con el éxito aparente de los llamados *afrodisíacos*.
- Ciertas sustancias tienen un efecto inhibidor en el comportamiento sexual. Entre estos anafrodisíacos se incluyen medicamentos como opiáceos, tranquilizantes, antihipertensivos, antidepresivos, antisicóticos, nicotina, pastillas anticonceptivas y sedantes.

Respuesta sexual

- El modelo de Kaplan de la respuesta sexual contiene tres etapas: deseo, excitación y orgasmo. Este modelo se distingue por la inclusión del deseo como una etapa del ciclo de respuesta sexual separada de los cambios genitales.
- Masters y Johnson describen cuatro fases en los patrones de respuesta sexual de hombres y mujeres: excitación, meseta, orgasmo y resolución.
- Durante la fase de excitación, ambos sexos presentan aumento en la miotonía (tensión muscular), el ritmo cardíaco y la presión sanguínea. A menudo se presentan rubor sexual y erección de los pezones, especialmente en las mujeres. Las respuestas femeninas incluyen inflamación del clítoris, los labios y la vagina (con lubricación vaginal); elevación y alargamiento del útero y agrandamiento de los senos. Los varones presentan erección del pene, alargamiento y elevación de los testículos y, en ocasiones, secreciones de la glándula de Cowper.
- La fase de meseta se caracteriza por una drástica aceleración de la miotonía, hiperventilación, la frecuencia cardíaca y la presión sanguínea. En las mujeres, el clítoris sale de su capucha, el color de los labios menores se intensifica, la plataforma orgásmica se eleva en la vagina, el útero se eleva por completo y las areolas se inflaman. En los hombres, la corona o surco se inflama, los testículos se elevan y agrandan, y las glándulas de Cowper se activan.
- El orgasmo se caracteriza por espasmos musculares involuntarios en todo el cuerpo. La presión sanguínea y la frecuencia cardíaca y respiratoria aumentan. El orgasmo dura un poco más en las mujeres. El masculino generalmente ocurre en dos etapas: emisión y expulsión. Es difícil distinguir las descripciones subjetivas de orgasmos femeninos y masculinos.
- Masters y Johnson sostienen que se presenta un tipo de orgasmo fisiológico en las mujeres, sin importar el método de estimulación.
- Algunas mujeres pueden alcanzar el orgasmo y quizás eyacular cuando es vigorosamente estimulado su punto de Grafenberg, un área ubicada en la pared anterior de la vagina.
- Durante la fase de resolución, los sistemas sexuales regresan a su estado de no excitación, un proceso que puede durar varias horas y que depende de muchos factores. La pérdida de erección ocurre en dos etapas, la primera rápida y la segunda lenta.

El envejecimiento y el ciclo de respuesta sexual

- A medida que hombres y mujeres envejecen, se presentan cambios en sus patrones de excitación y respuesta sexual. En ambos sexos se siguen presentando todas las fases del ciclo de repuesta, pero con menor intensidad.
- Por lo general, una mujer mayor necesita más tiempo para lograr la lubricación vaginal. Su ciclo de respuesta sexual también se caracteriza por menor expansión vaginal, menor intensidad orgásmica y una más rápida resolución.
- Con menor frecuencia, las mujeres pueden presentar descenso en el deseo sexual, en la sensibilidad del clítoris y en la capacidad para alcanzar el orgasmo.
- Los hombres mayores generalmente requieren más tiempo para lograr la erección y el orgasmo. Un mayor control de la eyaculación puede aumentar el placer sexual para sus parejas y para ellos mismos.
- El ciclo de respuesta sexual del hombre mayor también se caracteriza por menor miotonía, disminución de la intensidad del orgasmo, más rápida resolución y periodos de refracción más prolongados.

Diferencias en la respuesta sexual de ambos sexos

- Muchos autores enfatizan las similitudes fundamentales en las respuestas sexuales de hombres y mujeres. Sin embargo, existen algunas diferencias primarias importantes entre ambos sexos.
- Como grupo, las mujeres muestran una mayor variación en sus patrones de respuesta sexual que los hombres.
- La presencia de un periodo refractario en el hombre es una de las diferencias más significativas en los ciclos de respuesta de ambos sexos. No se ha encontrado la causa para este periodo, pero la evidencia sugiere que la eyaculación activa mecanismos inhibidores neurológicos.
- Los orgasmos múltiples se presentan con mayor frecuencia en mujeres que en hombres.
- Es más probable que las mujeres experimenten multiorgasmia mientras se masturban que durante el coito. La evidencia sugiere que algunos hombres también pueden tener varios orgasmos en un corto periodo.

Respuesta a la pregunta de la página 172

Reporte A: hombre; Reporte B: mujer; Reporte C: mujer.

📖 Lecturas recomendadas

Crenshaw, Theresa, y James Goldberg (1996). *Sexual Pharmacology. Drugs That Inhibit Sexual Function*. Nueva York: Norton. Una lectura obligada para todos aquellos que quieran aumentar su conocimiento acerca de la amplia gama de medicamentos que tiene efectos sexuales adversos.

Jaffe, Maurice, y Elizabeth Fenwick (1995). *Sexual Happiness for Woman: A Practical Approach* y *Sexual Happiness for Men: A Practical Approach*. Nueva York: Holt. Dos libros de cabecera que brindan información valiosa y sirven como guías para aumentar y mejorar el placer y la respuesta sexual. Hay un libro para cada sexo.

Maines, Rachel (1999). *The Technology of Orgasm: Hysteria, the Vibrator; y Women's Sexual Satisfaction*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. Un estudio fascinante y enriquecedor sobre muchos aspectos de la sexualidad, con información muy valiosa acerca de la respuesta sexual femenina, incluyendo un vistazo informativo a la historia del orgasmo femenino.

Masters William, y Virginia Johnson (1966). *Human Sexual Response*. Boston: Little Brown. Un libro técnico que describe las principales contribuciones de los autores al entendimiento de la respuesta sexual humana. Es una buena fuente para aquellos lectores que buscan información más detallada acerca de las respuestas fisiológicas a la estimulación sexual.

Rako, Susan (1996). *The Hormone of Desire*. Nueva York: Harmony Books. Una obra conmovedora que comienza con la búsqueda, por parte de una doctora, de las respuestas a sus propias interrogantes acerca de las molestias asociadas con la deficiencia de testosterona inducida por la menopausia. Este libro, con mucha investigación y muchos datos valiosos, es una excelente fuente de información acerca de la terapia de reemplazo de testosterona.

Wyatt, Tristram (2003). *Pheromones in Animal Behavior*. Nueva York: Cambridge University Press. Un libro que contiene rigurosa información acerca de los estudios hechos en el campo de las feromonas.

► Recursos

North American Menopause Society, P.O. Box 94527, Cleveland, OH 44101. Esta organización brinda un listado de referencia de los médicos miembros, agrupados por estado, quienes pueden ofrecer consejo médico acerca de la terapia de reemplazo de testosterona.

► Recursos en la Web

Sitio web CengageLearning

Visite www.cengage.com/highered para enlazarse con diversos recursos, como preguntas de repaso, actividades interactivas, vínculos con Internet, ejercicios de pensamiento crítico, foros de discusión y muchos otros servicios. También puede acceder a los sitios desde el Wadsworth Psychology Study Center (<http://psychology.wadsworth.com>) o conectarse directamente a los siguientes sitios:

Nota. Tenga en cuenta que este material es independiente del libro y que las páginas que lo contienen pueden ser modificadas o eliminadas sin previo aviso.

The Facts About Aphrodisiacs (Hechos acerca de los afrodisíacos)

En esta página de la U.S. Food and Drug Administration se reivindican las sustancias conocidas tradicionalmente como *afrodisíacos* y las que han sido descartadas.

Mysteries of Odor in Human Sexuality (Misterios de los aromas en la sexualidad humana)

Este sitio contiene información científica y para el público en general acerca de las feromonas humanas. También brinda acceso gratuito a resúmenes de artículos de revistas.



Sitio web de apoyo a la obra en inglés

Visite el sitio web de la obra (*Our Sexuality Book Companion Website*) en

<http://latinoamerica.cengage.com/crooks> y elija la décima edición de este libro. Haga clic en "Apoyo electrónico para el estudiante". Allí encontrará herramientas que le ayudarán a aprovechar al máximo su tiempo de estudio: encuestas de actitud, crucigramas, temas de ensayo, tarjetas mnemotécnicas de los principales conceptos y sus definiciones, un glosario general, preguntas de opción múltiple y falso-verdadero, vínculos con sitios web sobre temas relacionados con cada capítulo, bibliografía general y un examen final. Asimismo, encontrará un vínculo para comprar el acceso a más material suplementario en línea: CengageNow.



CengageNow ¡Exactamente lo que necesita saber AHORA!

Dedique tiempo a lo que necesita dominar, no a la información que ya aprendió. CengageNow es un paquete de recursos electrónicos que le ayudará en su aprendizaje. Realice una prueba preliminar del capítulo, y CengageNow generará un plan personalizado de estudio a partir de sus resultados. El plan identificará los temas que debe repasar y lo dirigirá a los recursos en línea que le servirán para dominarlos. Después efectuará una prueba para determinar los conceptos que ya aprendió y aquellos en los que todavía debe trabajar. Visite el sitio www.cengage.com/login si ya tiene su código de acceso. Si no cuenta con él, siga el vínculo *Buy Now*. Escriba *Our Sexuality* en el campo de título. Elija la décima edición de este libro. Haga clic sobre la opción *CengageNow*. Se desplegará una solicitud de acceso y los precios en dólares americanos.



Biblioteca en línea InfoTrac College Edition

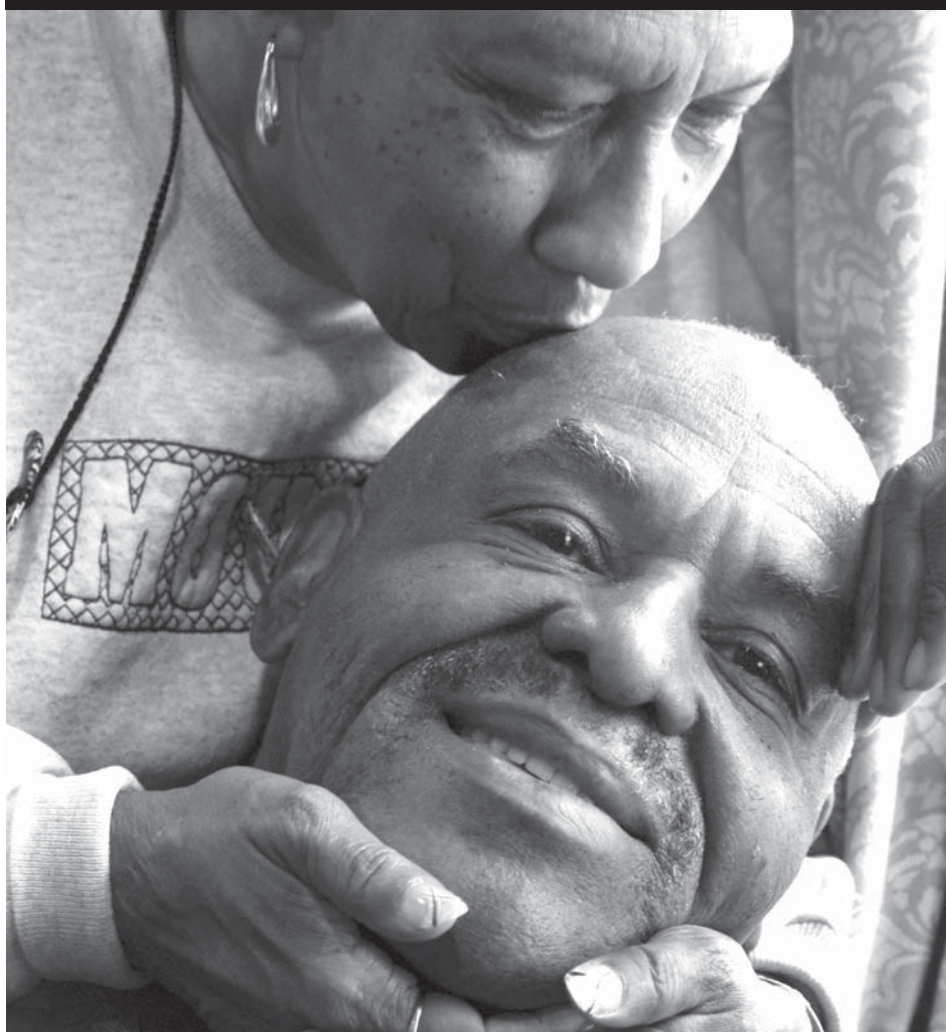
Investigue si su institución cuenta con un convenio de uso de InfoTrac, una de las mejores y más vastas bibliotecas en línea del mundo en el ámbito educativo. Conéctese a www.cengage.com/login para acceder a InfoTrac College Edition, biblioteca de consulta en línea que contiene multitud de revistas, muchas exclusivamente sobre la sexualidad humana: *Archives of Sexual Behavior; Archives of Sexual Health Behavior; Canadian Journal of Human Sexuality; Hispanic Journal of the Behavioral Sciences; Journal of Cross-Cultural Psychology; Journal of Physical Education, Recreation and Dance; Journal of Sex Research y Sex Roles*.

C A P Í T U L O 7

capítulo 7

- **¿Qué es el amor?**
¿Podemos definir el amor? ¿Es posible medirlo de manera significativa?
- **Tipos de amor**
¿Las relaciones exitosas empiezan con un amor apasionado y evolucionan hacia un amor de compañía?
- **Enamorarse: ¿por qué y de quién?**
¿Cuáles factores influyen en la selección de una pareja? ¿Mujeres y hombres buscan las mismas cualidades en una pareja?
- **Amor y estilos de vínculos**
¿Cómo se forman los diferentes tipos de vínculos, y cómo influyen en la forma en que nos relacionamos con los demás?
- **Problemas en la relación amorosa**
¿La intimidad sexual hace más profunda una relación? ¿Los celos son señal de amor?
- **Mantener la satisfacción de pareja**
¿Qué ingredientes tienen en común las relaciones más duraderas y amorosas?
- **El valor de la comunicación sexual**
¿Cuál es la base de la comunicación sexual efectiva? ¿Por qué a las parejas se les dificulta hablar sobre sus necesidades sexuales?
- **¿Cómo empezar a dialogar?**
¿Qué tipo de estrategias pueden facilitar el inicio de la comunicación sexual?
- **Escuchar y retroalimentarse**
¿Cuál es la clave de los que saben escuchar?
- **Las necesidades de su pareja**
¿Cuál es la forma efectiva de conocer los deseos y las necesidades de su pareja?
- **Aprender a hacer peticiones**
¿Que principios nos ayudan a expresar nuestras propias necesidades sexuales?
- **Expresar y recibir quejas**
¿Qué estrategias ayudan a presentar una queja a la pareja y a responder a sus quejas?
- **Decir "no"**
¿Cuáles son formas útiles para decir *no* a las actividades sexuales?
- **Comunicación sexual no verbal**
¿Qué aspectos de la comunicación no verbal tienen particular significado para nuestra sexualidad?
- **Patrones de comunicación en relaciones exitosas y no exitosas**
¿Qué patrones de comunicación de pareja son característicos de las relaciones exitosas y de las no exitosas?

El amor y la comunicación en las relaciones íntimas



Peter Byron/PhotoEdit, Inc.

Para mí, el potencial de enamorarse comienza con la atracción física. Pero las apariencias sólo cuentan para eso; necesito una amistad íntima y cercanía para poder enamorarme. La confianza también es otra parte importante de una relación que puede llevar al amor. Una pareja potencial también debe compartir algunos de mis intereses, y yo algunos de los suyos. Por último, y quizás lo más relevante: la buena comunicación en una relación también es importante para que yo realmente me enamore. (Archivo de los autores.)

El amor, la atracción, los vínculos (o apego) y la comunicación sexual en las relaciones íntimas son aspectos importantes y complejos de la vida de las personas. En este capítulo estudiaremos estas interacciones desde varias perspectivas y examinaremos algunos estudios que se han realizado al respecto. Consideraremos varias cuestiones: ¿Qué es el amor? ¿Cuántas clases de amor existen? ¿Qué determina el que nos enamoremos de una persona y no de otra? ¿Qué papel juega el sexo en una relación? ¿Cómo se relacionan el amor y los celos? ¿Qué cualidades o comportamientos ayudan a mantener la satisfacción en la relación a través del tiempo? Y por último, ¿cómo contribuye la comunicación sexual a la satisfacción de las relaciones íntimas?

❖ ¿Qué es el amor?

*El amor es algo misterioso,
Nadie es tan sabio
Para saber qué hay en él
Y él estará pensando en el amor
Hasta que las estrellas hayan desaparecido
Y las sombras hayan devorado a la Luna.*

William Butler Yeats, “Brown Penny”.

El amor ha intrigado a los humanos a lo largo de la historia. Sus alegrías y tristezas han inspirado a pintores, poetas, novelistas, cineastas y otros estudiosos de la interacción humana. De hecho, el amor es uno de los temas más populares en el arte y la literatura de muchas culturas. La vida de cada uno de nosotros ha sido influenciada de manera significativa por este sentimiento, comenzando con el que recibimos cuando somos niños. Los mejores y peores momentos de nuestra vida están vinculados con una relación amorosa.

Pero, ¿qué es el amor? ¿Cómo se define?

El amor es una actitud especial, con fuertes componentes emocionales y conductuales. También es un fenómeno que no tiene fácil definición o explicación, y puede significar distintas cosas para diferentes personas, como vemos en las siguientes definiciones:

El amor es paciente y bueno; el amor no es celoso ni ostentoso; no es arrogante ni vulgar. El amor no es terco, no es irritable ni resentido, no se regocija con lo malo sino con lo bueno. El amor soporta todo, cree en todas las cosas, espera todo y sobrevive a todo. (*Corintios I*, 13: 4-7.)

El amor es una locura temporal que se cura con el matrimonio o arrebatando al paciente de las influencias que le provocaron el mal. (Bierce, 1943, p. 202.)

El amor es ese trastorno en el cual la felicidad de otra persona es esencial para la tuya. (Heinlein, 1961, p. 345.)



Rolf Korum/Sigma/Corbis

El amor ha sido la inspiración de algunas de las grandes obras de la literatura, el arte y la música.

Con lo difícil que es definir el amor, ¿puede ser medido de manera significativa? Algunos científicos sociales han tratado de hacerlo, con diferentes resultados (Davis y Latty-Mann, 1987; Hatfield y Sprecher, 1986a). Quizás el intento más ambicioso de medir el amor fue realizado hace años por el psicólogo Zick Rubin (1970, 1973), quien desarrolló un cuestionario (la Escala del Amor) diseñado para medir el deseo de intimidad con otra persona, además del cariño y los vínculos. Se obtuvo alguna evidencia que respalda la validez de la Escala del Amor en una investigación sobre la creencia popular de que los amantes pasan mucho tiempo mirándose a los ojos (Rubin, 1970). Las parejas fueron observadas a través de un espejo mientras esperaban participar en un experimento psicológico. Los hallazgos revelaron que los amantes débiles (parejas que obtuvieron una puntuación por debajo del promedio en la Escala del Amor) hicieron menos contacto visual que los amantes fuertes (aquellos con puntuaciones mayores a las del promedio).

Quizás en los años por venir tendremos acceso a una variedad de nuevas perspectivas sobre la cuestión de qué es el amor, sobre todo por el aumento del número de científicos, en especial psicólogos sociales, que han empezado a estudiarlo (Neto, 2001).

❶ Tipos de amor

El amor tiene muchas formas. Existe entre padres e hijos y entre los miembros de una familia. El amor entre amigos, conocido entre los griegos como *filia*, involucra la preocupación por el bienestar del otro. Los amantes pueden experimentar otros dos tipos de amor: el apasionado y el de compañía. En esta sección estudiaremos más de cerca estos dos tipos de amor y luego presentaremos dos modelos o teorías contemporáneas sobre el tema.

Amor apasionado

Amor apasionado Estado de absorción extrema con otra persona. También conocido como *amor romántico*.

El **amor apasionado**, también conocido como *amor romántico* o *enamoramiento*, es un estado de absorción y deseo extremo por otra persona. Se caracteriza por sentimientos intensos de ternura, júbilo, ansiedad, deseo sexual y éxtasis. Esta forma de amor, por lo general, también se acompaña de excitación fisiológica generalizada: aumento de la frecuencia cardíaca, sudoración, rubor y cosquilleos en el estómago, así como una sensación de gran emoción.

El amor apasionado intenso a menudo se da al inicio de la relación. A veces parece que entre menos se conozca a la pareja, más intenso es éste. En este tipo de amor los individuos pasan por alto los errores y evitan los conflictos. Las consideraciones lógicas y razonadas son borradas por la emoción. Se percibe que el objeto de amor brinda completa satisfacción personal.

No es de sorprender que el amor apasionado sea de corta duración; por lo general dura algunos meses, más que años. El amor que está basado en la ignorancia de la personalidad de un sujeto cambia con el aumento de la familiaridad. Sin embargo, esta característica de temporalidad es ignorada a menudo, en especial por los jóvenes que tienen poca experiencia con las relaciones de largo plazo. Muchas parejas, convencidas de la permanencia de sus sentimientos intensos, deciden hacer algún tipo de compromiso (se van a vivir juntos, se casan, etc.) impulsados por el amor apasionado, sólo para desilusionarse más tarde. Cuando el éxtasis cede ante la rutina y surgen los problemas típicos de una relación, los amantes pueden empezar a tener dudas sobre su pareja.

Los primeros meses de mi relación con Bob fueron increíbles. Sentía que había encontrado la pareja perfecta, alguien que me daba todo lo que me hacía falta en la vida. Entonces, de repente, empezó a sacarme de mis casillas, y empezamos a pelear cada vez que estábamos juntos. Nos tomó un tiempo darnos cuenta de que finalmente nos estábamos viendo como personas reales, ya no como los compañeros de nuestros sueños. (Archivo de los autores.)

Algunas parejas pasan por este periodo y encuentran una base sólida sobre la cual construir una relación duradera de mutuo amor. Otros descubren, muy a su pesar, que lo único que compartían era la pasión. Por desgracia, muchas personas que experimentan disminución de la pasión piensan que esto es el fin del amor y no que puede haber una transición a un tipo diferente de amor.



Palabras para consultar en InfoTrac

- Amor apasionado
- Amor de compañía

Amor de compañía

El **amor de compañía** es una emoción menos intensa que el amor apasionado. Se caracteriza por un afecto de amigos y un fuerte vínculo basado en la gran familiaridad con la persona amada. Representa un aprecio razonado de la pareja. El amor de compañía a menudo incluye la tolerancia por los defectos del otro junto con un deseo de vencer las dificultades y conflictos de una relación. Este tipo de sentimiento está comprometido con el fortalecimiento de la relación. En pocas palabras, el amor de compañía, por lo general, es duradero, mientras que el apasionado casi siempre es transitorio.

El sexo en una relación de compañía a menudo refleja los sentimientos vinculados con la familiaridad, en especial con la seguridad de saber lo que le agrada al otro. Esta base de conocimiento y confianza sexual puede estimular la experimentación y la comunicación. El placer sexual fortalece el vínculo de una relación de compañía. Aunque el sexo es menos emocionante que en el amor apasionado, en general es más rico, más significativo y más satisfactorio, como lo revela la siguiente declaración:

Entre mi primer y mi segundo matrimonio, de verdad disfruté la emoción de tener nuevas relaciones sexuales, en especial después de tanta frustración sexual en mi primer matrimonio. Aunque algunas veces extrañé la emoción de aquellos tiempos, nunca cambiaría la comodidad, el placer y la intimidad sexual que tengo ahora en mi matrimonio de 17 años. (Archivo de los autores.)



Pensamiento crítico

¿Cuáles piensa que son las diferencias claves entre el amor apasionado y el amor de compañía? ¿Cómo entran estas características en la lista de cosas que usted cree que son esenciales para una relación amorosa exitosa y duradera?

Teoría triangular del amor de Sternberg

La diferencia entre el amor apasionado y el de compañía ha sido refinada por el psicólogo Robert Sternberg (1986, 1988), quien ha propuesto un marco de referencia interesante para conceptualizar lo que la gente experimenta cuando reporta estar enamorada. Según Sternberg, el amor tiene tres dimensiones o componentes: pasión, intimidad y compromiso (véase la  **figura 7.1**).

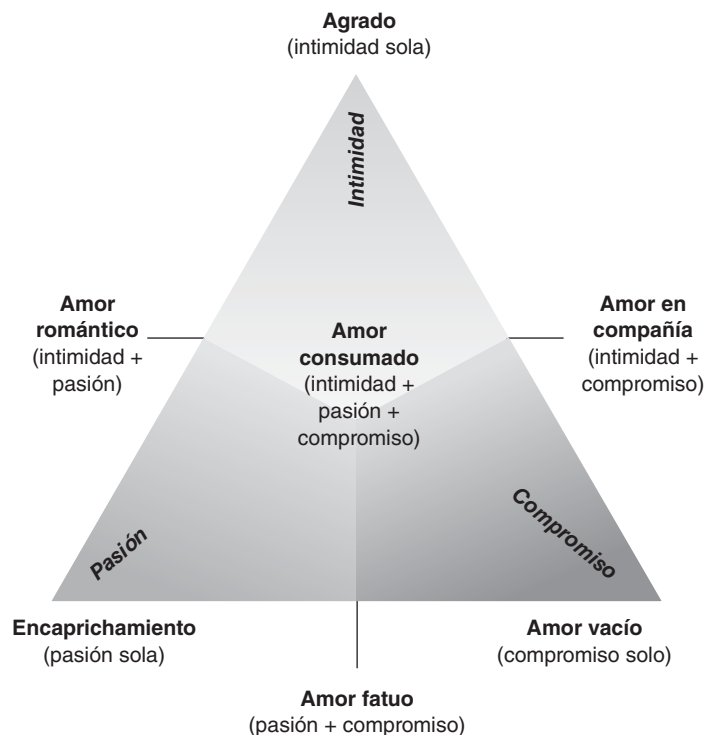
- La **pasión** es el componente motivacional que impulsa las sensaciones románticas, la atracción física y el deseo por la interacción sexual. La pasión desata un deseo profundo de estar unido a la persona amada. De alguna manera, es como una adicción, ya que por su capacidad de brindar intensa estimulación y placer, puede provocar gran ansiedad en una persona.
- La **intimidad** es el componente emocional del amor, que incluye el sentimiento de estar unido a otra persona. Comprende sensaciones de calidez, de compartir y de cercanía emocional. La intimidad también incluye un deseo de ayudar al otro y la apertura para compartir pensamientos privados y sentimientos con la persona amada.
- El **compromiso** es el aspecto pensante o cognitivo del amor. Se refiere a la decisión consciente de amar a otro y de mantener una relación a través del tiempo a pesar de las dificultades que surjan.

Pasión El componente motivacional de la teoría triangular del amor de Sternberg.

Intimidad El componente emocional de la teoría triangular del amor de Sternberg.

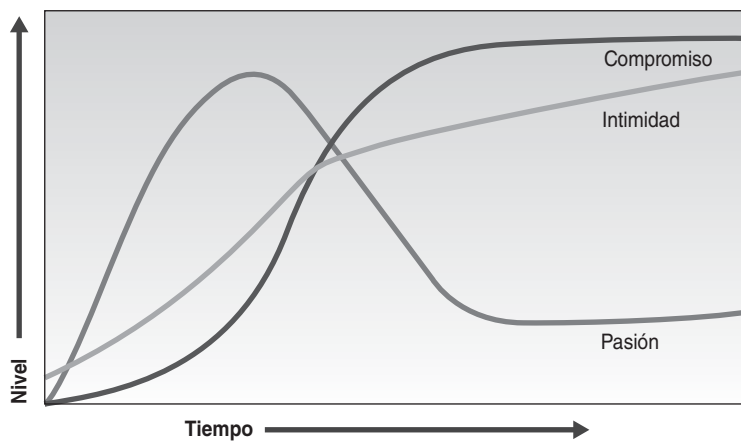
Compromiso El componente pensante de la teoría triangular del amor de Sternberg.

➡ **Figura 7.1** En el triángulo del amor de Sternberg, los tres componentes de éste (pasión, intimidad y compromiso) forman los diferentes tipos de amor. Note que la ausencia de estos tres componentes es el no amor.



Sternberg sostiene que la pasión tiende a desarrollarse con rapidez y de manera intensa en las primeras etapas de una relación amorosa, y luego declina a medida que la relación progresa. En contraste, la intimidad y el compromiso continúan creciendo gradualmente durante un tiempo, pero a diferentes velocidades (➡ **figura 7.2**). Así, la teoría de Sternberg brinda una base conceptual para la transición del amor apasionado al amor de compañía. El primero, formado principalmente por sentimientos románticos y atracción física, alcanza su máximo de expresión temprana y cae con rapidez. Sin embargo, mientras la pasión se debilita, muchas parejas experimentan un crecimiento en la intimidad y el compromiso a medida que su relación evoluciona y se transforma en amor de compañía (Sprecher y Regan, 1998). Si no nace la intimidad y la pareja no toma la decisión de comprometerse uno con otro, la relación estará en peligro cuando la pasión disminuya y aparezcan los conflictos. Por el contrario, el compromiso y el sentido de unión y de preocupación mutua pueden sostener una relación durante periodos de insatisfacción y conflicto.

Los tres componentes de la teoría de Sternberg son dimensiones importantes de una relación amorosa, pero por lo general existen en diferentes patrones y en varios grados en distintas relaciones. Es más, a menudo cambian con el tiempo dentro de la misma pareja. Sternberg sugiere que tales variaciones producen diferentes clases de amor o al menos diferencias en cuanto a la manera en la que la gente lo experimenta (véase la figura 7.1). Por ejemplo, la ausencia de los tres componentes forman lo que Sternberg llama el *no amor* (lo que muchos de nosotros sentimos en los encuentros casuales.) Cuando sólo está presente la intimidad, la experiencia es de amistad, de gusto por alguien. Si sólo existe pasión sin intimidad ni compromiso, uno experimenta *encaprichamiento*. La presencia de compromiso sin pasión ni intimidad lleva a un amor vacío (como el que se experimenta en las relaciones largas y estáticas). Si hay intimidad y compromiso sin pasión, uno experimenta *amor de compañía* (característico de las parejas felices que han compartido muchos años juntos). Cuando hay pasión y compromiso sin intimidad, se experimenta *amor fatuo*, un tipo de involucramiento tonto característico de los noviazgos fugaces o de situaciones en las que alguien adora y extraña a otro que está lejos. El amor caracterizado por pasión e intimidad pero sin compromiso, es lo que Sternberg describe como *amor romántico*. Por último, cuando



➊ **Figura 7.2** Sternberg afirma que el componente de la pasión alcanza su máximo en las primeras etapas de la relación y luego desciende, mientras que los otros dos componentes, intimidad y compromiso, continúan creciendo a lo largo del tiempo.

los tres componentes están presentes, la experiencia es un *amor consumado*, el tipo de amor más completo, el que buscan todas las personas pero que en muchas ocasiones es difícil de encontrar y de mantener.

Estudios empíricos ofrecen cierto respaldo al modelo del amor de Sternberg. Un estudio de parejas reportó que la presencia de dos de los componentes (intimidad y compromiso) era predictiva de la estabilidad y la duración de la relación (Hendrick y colaboradores, 1988). Otra investigación encontró que los casados demostraron mayores niveles de compromiso con su relación que los solteros, un hallazgo que es consistente con el modelo de Sternberg (Acker y Davis, 1992). Este mismo estudio encontró que, aunque la intimidad continuó creciendo en parejas más duraderas, la pasión descendió en ambos sexos, pero de una forma más abrupta en la mujer que en el hombre. Otras investigaciones sobre la teoría triangular de Sternberg encontraron que la definición de amantes y la comunicación de los tres componentes del amor permanecieron relativamente estables a lo largo del tiempo (Reeder, 1996) y que la compatibilidad de una pareja aumenta si ambas partes poseen niveles similares de pasión, intimidad y compromiso (Drigotas y colaboradores, 1999).

Los estilos de amor de Lee

En lugar de tratar de describir diferentes patrones o *tipos* de amor, John Allan Lee (1974, 1988, 1998) propuso una teoría que describe seis diferentes *estilos de amar* que caracterizan a las relaciones humanas íntimas: romántico, juguetón, posesivo, de compañía, altruista y pragmático.

- Las personas con un amor *romántico* (*eros*) tienden a hacer énfasis en la belleza física cuando buscan a su pareja ideal. Los amantes románticos se deleitan con la belleza visual y táctil, y con el placer sensual que les brinda el cuerpo de su pareja, y tienden a ser muy afectuosos y muy comunicativos con ella.
- Las personas con un amor *jugueteón* (*ludus*) son amantes a los que les gusta “jugar” y tener muchas conquistas con poco o ningún compromiso. El amor es diversión, el acto de la seducción se disfruta y las relaciones son casuales y transitorias.
- La gente con amor *posesivo* (*mania*) busca relaciones amorosas obsesivas que a menudo se caracterizan por confusión y celos. Estas personas viven como en una montaña rusa en la que cada gesto de afecto de la pareja les brinda éxtasis y el más leve desaire les produce una gran agitación.
- Los individuos con amor de *compañía* (*storge*) desarrollan el afecto y el compromiso con lentitud pero tienden a tener relaciones duraderas. Este estilo es un amor sin fiebre ni confusiones, una forma tranquila y apacible de relacionarse que generalmente comienza con una amistad y con el tiempo se convierte en afecto y amor.

- Aquellos con amor *altruista* (*agape*) se caracterizan por un deseo compasivo de dar sin esperar nada a cambio. Tal tipo de amor es paciente y nunca exigente ni celoso.
- Las personas con un amor *pragmático* (*pragma*) seleccionan a sus parejas con base en criterios prácticos (como intereses compartidos) que llevan a una satisfacción mutua. Estos individuos ven el amor como un tipo de “negocio romántico” y tratan de obtener el mejor trato buscando parejas con intereses sociales, educativos y religiosos compatibles con los propios.

¿Qué pasa cuando en la relación se juntan diferentes estilos de amor? Para Lee, éste es un punto crítico. Él sugiere que las relaciones amorosas fracasan con el tiempo porque “a menudo las personas hablan diferentes idiomas cuando hablan de amor” (Lee, 1974, p. 44). Aunque la pareja trate de construir una relación duradera, sus esfuerzos pueden verse obstaculizados por integrar estilos de amor que no son compatibles. En contraste, la satisfacción y el éxito de las relaciones amorosas a menudo dependen de encontrar un compañero que “comparta el mismo tipo y la misma definición de amor” (Lee, 1974, p. 44).

Un inventario llamado Escala de Actitud Amorosa fue desarrollado para medir los seis estilos de amor de Lee (Hendrick y Hendrick, 1986, 2003), y esta herramienta ha generado algunos estudios empíricos de su teoría. Los experimentos realizados con esta escala han generado un cierto respaldo a la teoría de Lee de que el éxito de la relación está influenciado por la compatibilidad de estilos de amar (Davis y Latty-Mann, 1987; Hendrick y Hendrick, 2003). Los estudiantes universitarios prefieren salir con personas con estilos de amor similares a los propios (Hahn y Blass, 1997; Hendrick y Hendrick, 2003). También existe evidencia de diferencias sexuales en los estilos de amor entre universitarios. Una investigación reveló que las universitarias tienden más que los hombres al amor de compañía, al amor pragmático y al amor posesivo, mientras que los universitarios se inclinan más por el amor romántico y juguetón (Hendrick y Hendrick, 2003). Otro estudio también encontró diferencias entre sexos en los estilos de amar entre universitarios, donde las mujeres tienden más a manifestar estilos de compañía pragmático y romántico, mientras que los hombres manifiestan más los estilos tanto juguetón como altruista (Lacey y colaboradores, 2004).

Un estudio utilizó la Escala de Actitud Amorosa para investigar el vínculo entre los estilos de amor y la satisfacción en la relación en diferentes etapas de la vida (Montgomery y Sorell, 1997). El trabajo empleó un muestra de 250 adultos divididos en cuatro grupos: universitarios solteros; adultos casados; sin hijos; adultos casados con hijos viviendo en la misma casa; y adultos casados con hijos grandes que no vivían en casa. Dos estilos de amor, *eros* y *agape*, fueron asociados de manera positiva con la satisfacción de la relación en todas las etapas de la vida. De modo predecible, *ludus* fue asociado en forma negativa con la satisfacción en los tres grupos de adultos casados. *Storge* fue relacionado de modo positivo y significativo sólo en las parejas casadas con hijos en casa. *Mania* y, en forma sorpresiva *pragma*, no fueron asociados significativamente con la satisfacción de la relación en ningún grupo de edad. Estos hallazgos están respaldados por otros estudios que demuestran que *ludus* es un fuerte indicativo de la insatisfacción de pareja y que los individuos que tienen puntajes altos de *eros*, *storge* o *agape* experimentan una mayor satisfacción que las personas con otros estilos de amor (Meeks y colaboradores, 1998).

➊ Enamorarse: ¿por qué y de quién?

¿Qué determina que una persona se enamore y de quién? Estas preguntas son muy complejas. Algunos autores creen que las personas se enamoran para vencer un sentimiento de soledad y separación. El psicoanalista Erich Fromm (1965) sugirió que la unión con otra persona es la necesidad más profunda del ser humano. Otro psicoanalista, Roll May, autor de *Love and Will* (1969), también creía que las personas bus-

caban la unión con otro a través del amor cuando experimentaban su propia soledad. Otros observadores consideran la soledad como un producto secundario de nuestra sociedad individualista y agitada, más que como una parte inherente a la condición humana. Este punto de vista enfatiza la conectividad que todos tenemos con la gente que nos rodea a través de nuestras relaciones sociales, el lenguaje y la cultura. Según este punto de vista, las relaciones amorosas son un aspecto de la red social del individuo, más que una cura para la “enfermedad” de la soledad (Solomon, 1981).

Hemos visto que el amor es una emoción humana compleja que puede ser explicada, por lo menos en parte, por varias interpretaciones psicológicas de sus orígenes. Sin embargo, la respuesta a por qué nos enamoramos también comprende, hasta cierto punto, los procesos neuroquímicos que ocurren en nuestro cerebro cuando nos sentimos atraídos hacia otras personas. Estudiaremos los hallazgos acerca de la química del amor en la siguiente sección.

La química del amor

Las personas atrapadas en la intensa pasión de un amor que florece suelen decir que se sienten como en las nubes. Tales reacciones tienen una base, por lo menos en parte, en la química cerebral, según los investigadores Michael Liebowitz, autor de *The Chemistry of Love* (1983), y Anthony Walsh, autor de *The Science of Love* (1991). Estos investigadores sostienen que la sensación inicial de *andar entre nubes*, vértigo y euforia, característica del amor apasionado, es el resultado del aumento en los niveles de tres sustancias químicas del cerebro: norepinefrina, dopamina y especialmente feniletilamina (FEA). Estas sustancias, llamadas *neurotransmisores*, permiten que las células cerebrales se comuniquen entre ellas, y son parecidas a las anfetaminas desde el punto de vista químico, por lo que producen efectos parecidos a los de éstas, como euforia, vértigo y júbilo. Como dijo Walsh: “Cuando conocemos a alguien que nos parece atractivo, suena el silbato de la fábrica de FEA” (citado en Toufexis, 1993, p. 50). Además, como vimos en el capítulo 6, la oxitocina y la dopamina contribuyen a la excitación sexual, que añaden más fuego al amor pasional.

La oxitocina, secretada por el hipotálamo durante las caricias y la intimidad física, facilita el vínculo social y el surgimiento de la sensación de enamorarse (Carter, 1998; Lucentini, 2005; Love, 2001). Los resultados de un estudio reciente brindan más evidencia sobre el papel de la dopamina en la química del amor. En esta investigación se utilizó la resonancia magnética (RM) para observar el cerebro de hombres y mujeres mientras veían fotos de una pareja romántica y de un amigo cercano. Fueron las fotos de la pareja y no las de los amigos las que causaron la excitación de ciertas áreas del cerebro ricas en dopamina (Bartels y Zeki, 2004).

La sensación de estar flotando y la elevada excitación sexual asociadas con el nuevo amor generalmente no son duraderas, quizás en parte porque el cuerpo desarrolla tolerancia a la FEA y los neurotransmisores relacionados, como sucede con las anfetaminas. Con el tiempo, nuestro cerebro se vuelve incapaz de satisfacer la demanda de más y más FEA requerida para producir los efectos del enamoramiento. Por eso los efectos que sentimos al inicio de una relación, al final disminuyen. Esta observación brinda una explicación biológica plausible de por qué el amor apasionado romántico dura poco.

Liebowitz señala otro paralelismo con el uso de anfetaminas. Dice que la ansiedad, la desesperación y el dolor que siguen a la pérdida, e incluso la pérdida potencial, de una relación de amor romántico, son similares a lo que siente un adicto a las anfetaminas durante un periodo de abstinencia. En ambos casos, la pérdida de la sustancia estimulante provoca una etapa de dolor emocional.

¿Existen otras sustancias químicas que ayuden a explicar por qué algunas relaciones duran más allá de la emoción inicial? Según Walsh y Liebowitz, la respuesta es afirmativa. La progresión continua del enamoramiento al vínculo profundo característico de las relaciones amorosas duraderas es resultado, al menos en parte, de la producción cerebral de otros neurotransmisores llamados *endorfinas*. Estos químicos que



Palabras para consultar en InfoTrac

- Atracción interpersonal

Cercanía Proximidad geográfica de una persona con otra, la cual es un factor importante en la atracción interpersonal.

Efecto a la exposición Fenómeno en el cual la exposición repetida a la novedad tiende a aumentar el gusto individual por tal estímulo.

calman el dolor, parecidos a la morfina, son sustancias que ayudan a producir euforia, seguridad, tranquilidad y paz. Por tanto, pueden hacer que nos sintamos bien cuando estamos con la persona amada. Esta podría ser otra razón por la cual los amantes abandonados se sienten tan mal después de su pérdida: son privados de su dosis diaria de las sustancias que los hacen sentir bien.

Poco sabemos de por qué la gente se enamora y no hemos encontrado una explicación simple del porqué se enamoran de una persona y no de otra. Muchos factores son importantes: la cercanía, las semejanzas, la reciprocidad y el atractivo físico.

La cercanía

Aunque las personas tienden a ignorar la **cercanía** o proximidad geográfica, en la lista de los factores que las atrajeron a un sujeto en particular, la cercanía es una de las variables más importantes. Por lo general, desarrollamos relaciones cercanas con la gente que vemos con frecuencia en nuestro barrio, en la escuela, en el trabajo o en nuestro lugar de culto.

¿Por qué la cercanía es un factor tan importante en la atracción interpersonal? Los psicólogos sociales han ofrecido una gran variedad de explicaciones posibles. Una sostiene que simplemente la familiaridad produce el gusto o el amor por la otra persona. Los estudios demuestran que cuando nos exponemos a estímulos nuevos; como canciones no conocidas, obras de arte, rostros humanos y demás, nuestro gusto por tales estímulos aumenta (Bornstein, 1989; Brooks y Watkins, 1989; Nuttin, 1987). Este fenómeno, llamado el **efecto a la exposición**, explica en parte por qué nos sentimos atraídos a personas cercanas a nosotros.

Otra razón por la que la cercanía influye en nuestra atracción por alguien es que por lo regular las personas se conocen en lugares donde realizan actividades que reflejan intereses comunes. Esta observación está respaldada por la National Health and Social Life Survey (NHSLs) (véase el capítulo 2), que incluye preguntas sobre dónde los individuos conocen a su respectiva pareja. Laumann y asociados (1994) agruparon sus resultados en locales de preselección alta y baja. Preselección alta denotaba a la gente reunida en lugares donde compartía intereses comunes, como el acondicionamiento físico (en el gimnasio de la comunidad, por ejemplo), o temas de estudio (tomar las mismas clases en la escuela). La preselección baja se refería a lugares que reunían a grupos de personas, como bares y sitios vacacionales. De manera predecible, Laumann y sus colegas encontraron que los lugares con niveles altos de preselección representaban una mayor fuente de conexiones de parejas que aquellos con valores de preselección bajos.

El sitio de trabajo y la escuela prevalecieron como lugares donde se hace la conexión con la futura pareja íntima. Este hallazgo refleja tanto la cantidad de tiempo que la gente pasó en estos lugares como el posible efecto de los intereses en común. Además, trabajar o tomar clases con parejas potenciales brinda oportunidades de contactos repetidos. Muchos de nosotros dudamos en comenzar una relación la primera o la segunda vez que conocemos o interactuamos con otra persona. Sin embargo, en el trabajo o en clase entramos en contacto con la persona deseada día tras día. Esto nos permite conocerla mejor, sentirnos más cómodos al interactuar con ella y finalmente despertar la motivación para invitarla a salir por primera vez.

Semejanzas

Las **semejanzas** también influyen al determinar de quién nos vamos a enamorar. Contrario al viejo adagio de que polos opuestos se atraen, lo ordinario es que las personas que se enamoran compartan cosas en común, como creencias, valores, actitudes, intereses y habilidades intelectuales (Amodio y Showers, 2005; Byrne, 1997; Sherman y Jones, 1994). También tendemos a relacionarnos románticamente con

personas cuyo nivel de atractivo físico es similar al nuestro (Feingold, 1988; Folkes, 1982). Esta tendencia de equiparar el atractivo físico propio con el de la pareja puede tener relación con nuestro temor de ser rechazados si nos acercamos a alguien a quien percibimos como más atractivo que nosotros (Bernstein y colaboradores, 1983).

También tendemos a sentirnos atraídos por alguien que tenga edad, educación y afiliación religiosa similares a las nuestras. Las semejanzas en las características personales se conocen como *homofilia*, o tendencia a formar relaciones con personas de estatus igual o parecido al nuestro en aspectos sociales y personales. En la **tabla 7.1** aparecen datos de la NHSLS que reflejan homofilia en edad, educación y religión en varios tipos de relaciones.

La NHSLS también reveló que la gente tiende a formar pareja con individuos de la misma raza o grupo étnico. El siguiente recuadro describe las dimensiones de la atracción.



© Duomo/Corbis

La gente que se enamora, por lo general comparte intereses comunes.

➔ TABLA 7.1

Porcentaje de varios tipos de relaciones que son homófilas en edad, escolaridad y religión

Tipo de homofilia	Tipo de relación			
	Matrimonio (%)	Convivencia (%)	Relación duradera (%)	Relación corta (%)
Edad (definida como la diferencia de no más de cinco años con respecto a la edad del compañero)	78	75	76	83
Escolaridad (definida como la diferencia de no más de un grado* educativo)	82	87	83	87
Religión (definido como que tienen la misma afiliación)	72	53	56	60

*Grados: Menos de preparatoria, con preparatoria, vocacional, universitario, posgraduado.
Fuente: Adaptado de Laumann *et al.*

SEXUALIDAD Y DIVERSIDAD

La selección de pareja y la raza

La NHSLS suministró datos sobre hasta dónde se entablan relaciones íntimas con miembros de la misma raza. Como describimos en el capítulo 2, la falta de fondos forzó a Edward Laumann y sus asociados (1994) a incluir cifras adecuadas sólo de las dos mayorías étnicas de Estados Unidos. En consecuencia, la **tabla 7.2** sólo contiene datos pertenecientes a blancos, negros y latinos estadounidenses. Estos registros son el resumen de una muestra de casi 2 000 individuos heterosexuales sin casarse y que no cohabitaban en pareja.

Como podrá ver al examinar los valores de la tabla 7.2, los porcentajes de parejas de la misma raza son muy altos para ambos sexos en blancos y negros. En contraste, el porcentaje de parejas de la misma raza es considerablemente más bajo entre latinos. Por lo tanto, pareciera que “los latinos, como grupo étnico, son menos exclusivos en lo que se refiere a relaciones de pareja que los blancos y negros” (Laumann y colaboradores, 1994, p. 246).

Otro estudio examinó la selección de pareja y raza entre 75 000 parejas que vivían juntas y 480 000 parejas casadas en Estados Unidos (Blackwell y Lichter,

2000). A diferencia de los hallazgos de la NHSLs, Blackwell y Lichter encontraron que la inclinación a tener parejas de la misma raza era menos pronunciada en blancos que entre cualquier otro grupo étnico. En específico, la incidencia de compañeros de la misma raza en parejas que cohabitaban y parejas casadas era más elevada entre los negros, seguidos de los asiáticos, latinos y blancos.

➔ TABLA 7.2

Relaciones sexuales sin cohabitación por raza y sexo

Raza	Porcentaje de relaciones de la misma raza	
	Hombres	Mujeres
Blancos	92	87
Negros	82	97
Latinos	54	65

Fuente: Laumann et al. (1994).

¿Por qué nos sentimos atraídos hacia las personas que son parecidas a nosotros? Primero, las personas con actitudes e intereses similares a menudo se inclinan a participar en el mismo tipo de actividades recreativas. Aún más importante: es más fácil comunicarnos bien con aquellos cuyas ideas y opiniones son coincidentes con las nuestras, y la comunicación es un factor importante en las relaciones duraderas. También resulta reconfortante estar con personas parecidas, porque confirman nuestra visión del mundo, validan nuestras propias experiencias y respaldan nuestras opiniones y creencias (Amodio y Showers, 2005; Byrne y colaboradores, 1986).

Las semejanzas percibidas en otros pueden ser especialmente atractivas debido a que tenemos grandes expectativas de ser aceptados y apreciados por gente que es como nosotros (Sprecher y McKinney, 1993). Estas expectativas a menudo se satisfacen, como lo reflejan los hallazgos que indican que los individuos similares en los ámbitos sociales y personales tienen más probabilidad de permanecer juntos que aquellos que son menos parecidos (Weber, 1998).

Reciprocidad

Otro factor que nos atrae de alguien en particular es nuestra percepción de que esa persona está interesada en nosotros. La gente tiende a reaccionar positivamente a las adulaciones, los cumplidos y otras expresiones de agrado y afecto. En el estudio de atracción interpersonal, este concepto se refleja en el principio de **reciprocidad**, que sostiene que cuando recibimos expresiones de agrado o amor, tendemos a responder de la misma manera (Byrne y Murnen, 1988). A su vez, las respuestas recíprocas pueden hacer que la relación prospere. Al responder de manera cálida ante quienes creemos que se sienten positivos con respecto a nosotros, a menudo provocamos que les gustemos más (Curtis y Miller, 1988). Además, nuestro sentido de autoestima se ve afectado al punto de que nos sentimos vinculados al ver que le agradamos a otros. El saber que le gustamos a alguien acrecienta nuestro sentido de pertenencia o de estar integrado socialmente en una relación, y esto aumenta nuestra autoestima (Baumeister y Leary, 1995).

Reciprocidad El principio por lo cual cuando recibimos expresiones de cariño o agrado, tendemos a responder de igual manera.

Atractivo físico

Como podría esperarse, el **atractivo físico** desempeña un papel dominante en la formación de parejas. A pesar de que se dice que la belleza es algo superficial, los expe-

Atractivo físico Belleza física, la cual es un poderoso factor para que los amantes se atraigan uno a otro.

rimentos han mostrado que las personas físicamente atractivas son más populares como amigas o amantes, y son percibidas como más agradables, interesantes, sensibles, equilibradas, felices, sensuales, competentes y hábiles a nivel social que el individuo promedio o cuya apariencia no es atractiva (Baron y colaboradores, 2006; Marcus y Miller, 2003; Sangrador y Yela, 2000).

¿Por qué el aspecto físico es un factor tan importante en la atracción que sentimos hacia otra persona? Una respuesta tiene que ver con la estética. Todos nosotros disfrutamos al mirar algo o a alguien a quien consideramos hermoso. Otro factor es que mucha gente aparentemente cree que las personas bellas tienen más que ofrecer en términos de cualidades personales deseables que aquellas que son menos atractivas. También podemos sentirnos cautivados por quienes son hermosos tan sólo por la posibilidad de estatus por asociación. Y quizás las personas atractivas, por haber sido tratadas bien por los demás durante toda su vida, son seguras y se sienten a gusto con ellas mismas, un hecho que puede traducirse en relaciones muy satisfactorias con los demás. Por último, la evidencia demuestra que consideramos la belleza física como indicador de salud, y que nos sentimos atraídos hacia personas sanas (Kalick y colaboradores, 1998; Marcus y Miller, 2003).

Los investigadores han buscado determinar si ambos sexos están influenciados de igual manera por el atractivo físico al formarse impresiones de la gente que conocen. Varios estudios encontraron que los estudiantes universitarios varones hacen mayor énfasis en la apariencia física al escoger pareja para relaciones sexuales o a largo plazo que las mujeres universitarias, que tienden a poner mayor atención en cosas como la ambición, el estatus, la calidez interpersonal y la personalidad (Nevid, 1984; Townsend y Wasserman, 1998). Otros análisis han encontrado que los hombres estadounidenses ponen mayor énfasis en el atractivo físico que las mujeres estadounidenses (Bailey y colaboradores, 1994; Sprecher y colaboradores, 1994). ¿Acaso estas diferencias entre hombres y mujeres también son válidas en otras culturas?

Un estudio transcultural de las diferencias sexuales en relación con las preferencias de parejas heterosexuales brindó fuerte evidencia de que los hombres de todo el mundo dan mayor valor que las mujeres a las parejas jóvenes y físicamente atractivas. En este trabajo, conducido por el psicólogo David Buss (1994), a individuos de 37 muestras tomadas de Asia, África, Europa, Norte y Sudamérica, Australia y Nueva Zelanda se les pidió calificar la importancia de una gran variedad de atributos personales en parejas potenciales. Entre estos atributos se encontraban la confiabilidad, el atractivo, la edad, el potencial económico positivo, la inteligencia, la sociabilidad y la castidad.

Sin excepción, todos los hombres interrogados en todas las culturas hicieron mayor hincapié en la juventud y el atractivo de la pareja potencial que las mujeres (Buss, 1994). En contraste, ellas pusieron mayor énfasis en parejas potenciales que eran un poco mayores, con buena situación financiera, dignos de confianza y trabajadores. Esto no significa que el atractivo físico no fuera relevante para las mujeres de estas culturas. De hecho, muchas consideraron importante el atractivo físico, aunque menos que la responsabilidad financiera y la confiabilidad.

¿Qué explica la aparente consistencia en las diferentes culturas de los aspectos que atraen a hombres y mujeres de una pareja potencial? ¿Qué explica las diferencias entre hombres y mujeres? Buss ofrece una visión *sociobiológica*, y explica un comportamiento de la especie en términos de sus necesidades evolutivas. Según Buss (1994), la evolución ha predispuesto las preferencias de pareja en los humanos, así como en otros animales. Los varones son atraídos hacia mujeres jóvenes físicamente atractivas porque estas características garantizan el éxito reproductivo. Por ejemplo, una mujer joven tiene más años reproductivos que una adulta; además, la piel suave, el buen tono muscular, el cabello brillante y otras características similares de atractivo físico son indicadores de buena salud y, por lo tanto, fuertes señales de valor reproductivo. Por otro lado, las mujeres tienden a ver más atractivos a los hombres mayores y establecidos, ya que estas características de riqueza y posición social garantizan la seguridad de sus hijos. La juventud y la belleza son menos

importantes para ellas debido a que la fertilidad está menos relacionada con la edad en hombres que en mujeres.

Los estudios también revelaron que las mujeres estadounidenses por lo regular conceden mayor importancia a la ambición y al ser un buen proveedor como características en la selección de pareja que sus contrapartes masculinas (Buss y Schmitt, 1993). Las diferencias entre mujeres y hombres estadounidenses en otros aspectos de la selección de pareja se describen en el siguiente recuadro.

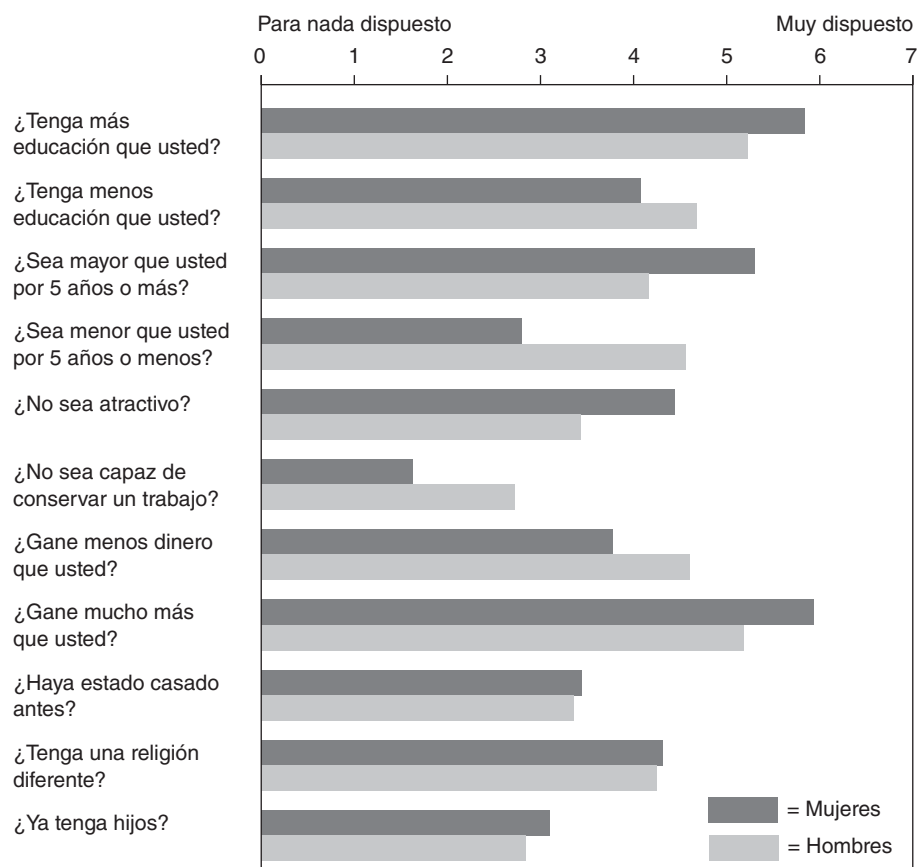
SEXUALIDAD Y DIVERSIDAD

Diferencias entre hombres y mujeres estadounidenses en las preferencias de selección de pareja

Los investigadores Susan Sprecher, Quintin Sullivan y Elaine Hatfield (1994) encuestaron en Estados Unidos a más de 13 000 personas anglo e hispanoparlantes de 19 años de edad o mayores. La **figura 7.3** muestra el promedio de respuesta de la calificación de hombres y mujeres a diferentes preguntas incluidas en el cuestionario utilizado en la encuesta. Una parte del cuestionario contenía varios reactivos que preguntaban si se casarían con alguien de mayor o menor educación, más viejo o más joven, incapaz de mantener un trabajo fijo, etc. Los individuos indicaron su nivel de concordancia en cada reactivo con una escala de 1 (completamente en desacuerdo) a 7 (completamente de acuerdo).

Figura 7.3 Diferencias entre hombres y mujeres estadounidenses en aspectos de selección de pareja.

¿Qué tan dispuesto estaría a casarse con alguien que ...



Estos resultados indican que las mujeres estaban más inclinadas que los hombres a casarse con alguien mejor educado, mayor, que ganara más y que no fuera atractivo. En contraste, estaban menos dispuestas que los hombres a casarse con alguien con menos educación, más joven, incapaz de tener un trabajo estable y que percibiera menos ingresos. Sólo hubo diferencias menores entre sexos en los reactivos relacionados con matrimonios anteriores, religión y tener hijos.

❶ Amor y estilos de vínculos

Vínculo (o apego) es un término dado a la intensa unión emocional que se desarrolla entre dos individuos, como el lazo entre un niño y sus padres, o entre amantes adultos (Rholes y colaboradores, 2006). Es posible tener un vínculo sin amor, pero es poco probable que el amor de una persona por otra pueda existir sin la presencia de un vínculo. Aunque el amor por sí mismo es difícil de medir y estudiar, los investigadores han logrado cierto éxito en el estudio de varios aspectos del vínculo, incluyendo cómo se forma, efectos de su pérdida y diferentes estilos. La última de estas dimensiones, los estilos de vínculo, es de particular interés para los científicos sociales. En las siguientes páginas estudiaremos los hallazgos clave pertenecientes a este tema y a las relaciones humanas.

Vínculo Lazo emocional intenso entre dos personas, como entre un niño y uno de sus padres, o entre amantes.

Estilos de vínculos

La forma en que formamos vínculos, la cual funda sus raíces en la infancia, tiene un gran impacto en cómo nos relacionamos con la persona amada. Mucho de lo que sabemos acerca de la manera en que se establecen los estilos de vínculo y cómo nos afectan más tarde proviene del trabajo de la psicóloga del desarrollo Mary Ainsworth (Ainsworth, 1979, 1989; Ainsworth y colaboradores, 1978), quien usó un procedimiento de laboratorio que llamó “situación extraña”. En éste se estudia el comportamiento de un niño de un año de edad en un ambiente desconocido en varias circunstancias: con la madre presente, con la madre y un extraño presentes, con un extraño presente, y completamente solo.

Ainsworth descubrió que los niños reaccionan de manera diferente a estas situaciones extrañas. Algunos, a los que identificó como con *vínculo de seguridad*, tomaron a su madre como una base segura para explorar felizmente el nuevo entorno y jugar con los juguetes del salón. Cuando fueron separados de su madre, estos niños parecían sentirse seguros, sólo expresaron molestias leves con la ausencia materna, y se mostraron confiados en que su madre regresaría para darles cariño y protección. Cuando se les reunió con ella, buscaron contacto y retomaron la exploración del entorno. Los niños con *vínculo de inseguridad* reaccionaron de manera diferente. Mostraron más aprehensión y menos tendencia a separarse del lado de su madre para explorar. Dejaron ver una gran molestia cuando ellas los dejaron, lloraron mucho, y cuando éstas regresaron, parecían estar enojados y expresaron hostilidad o indiferencia.

El análisis de los datos arrojados por la investigación de Ainsworth permitió subdividir el grupo de niños con vínculos de inseguridad, separando aquellos con un vínculo *ansioso-ambivalente* (infantes que manifiestan una extrema ansiedad por la separación de su madre) y aquellos con *vínculo de abstención* (niños que parecían



© Jeff Greenberg/PhotoEdit

Según los estudios sobre el vínculo, la calidad de los cuidados y el cariño que se da entre los niños y sus padres influye en las interacciones comparables que se dan entre amantes adultos.

querer estar cerca de su madre pero no se acercaban, al parecer porque podían sentir la indiferencia materna).

¿Cuál es la causa de estas diferencias en los estilos de vínculos? La respuesta quizás reside en una combinación de diferencias al nacer y en las prácticas de los padres. Algunos niños tienen una predisposición innata a formar vínculos más seguros que los demás, así como algunos recién nacidos parecen responder de forma más positiva a los abrazos y las caricias que otros. Un segundo factor que contribuyó a las diferencias en las reacciones de los bebés ante la situación extraña fue la manera en que sus progenitoras respondían a ellos en casa. Las madres de niños con vínculos de seguridad eran más sensibles y respondían mejor a sus hijos. Por ejemplo, algunas los alimentaban cuando éstos tenían hambre y no esperaban a que se cumpliera el horario establecido. Tendían a acariciar a sus bebés a diferentes horas del día y no sólo al momento de alimentarlos o de cambiarles el pañal. En contraste, las madres de los infantes clasificados con uno de los dos tipos de vínculo de inseguridad tendían a ser menos sensibles y responsivas, y eran inconsistentes en sus reacciones hacia los bebés. Por ejemplo, los alimentaban cuando tenían ganas de hacerlo y en ocasiones ignoraban su llanto de hambre. También tendían a evitar el contacto físico cercano con ellos.

Establecer un vínculo de confianza y seguridad entre un niño y un padre parece tener efectos en la vida posterior del menor que son demostrables. Varios estudios han comprobado que los niños con vínculos de seguridad, que aprenden que los padres son una fuente de seguridad y confianza, tienen más probabilidades de exhibir mayor competencia social que los infantes de las categorías con vínculos de inseguridad (Aspelmeier y Kerns, 2003; Sroufe, 1985; Sroufe y colaboradores, 1983). Los niños ansiosos-ambivalentes, que han aprendido que los padres responden de manera inconsistente a sus necesidades, a menudo están llenos de incertidumbre con respecto a nuevas situaciones y con frecuencia exhiben reacciones negativas a situaciones de la vida, como estallidos de cólera, necesidad de estar cerca de sus padres y una inconsistencia para responder a otros que refleja ambivalencia acerca de cómo hacerlo. Los menores con abstención, que a menudo son rechazados por sus padres, desarrollan puntos de vista negativos de los demás y no permiten que se les acerquen.

Estos diferentes estilos de vínculos, desarrollados durante la infancia, tienden a continuar a lo largo de la vida y ejercen una considerable influencia tanto en la capacidad para formar lazos amorosos como en la manera de relacionarse con otros.

Las relaciones íntimas adultas como proceso de vinculación

Varios científicos sociales han conceptualizado las relaciones adultas cercanas o románticas como un proceso de vinculación (por ejemplo, Aspelmeier y Kerns, 2003; Feeney y Noller, 1996). Desde esta perspectiva, los individuos transfieren los estilos y patrones de vinculación adquiridos en las relaciones padre-hijo a la pareja con la que se encuentran involucrados emocional y sexualmente. En este sentido, las parejas románticas sirven como figuras de vinculación (Aspelmeier y Kerns, 2003; Collins y colaboradores, 2006; Hazan y Zeifman, 1999).

Los vínculos adultos entre parejas pueden ser una de las tres variedades que ya describimos. Los adultos con vínculos de seguridad parecen ser los mejor equipados para establecer relaciones estables y satisfactorias. Para estos individuos es relativamente sencillo acercarse a otros y sentirse cómodos cuando otros se les acercan. Se sienten seguros en una relación y no temen ser abandonados. En cambio, los adultos con un estilo de vinculación ansioso-ambivalente a menudo tienen una imagen pobre de ellos mismos y se muestran inseguros en una relación. Quisieran acercarse a una pareja pero se sienten ambivalentes porque temen que ésta no quiera estar cerca de ellos. Pueden tratar de vencer su ambivalencia haciendo intentos desesperados de

acercamiento, a menudo dejando atrás gran parte de su independencia en el proceso. Como reflejo del tercer estilo de vinculación, los adultos con abstención se sienten incómodos con cualquier nivel de cercanía con la pareja. A menudo tienen dificultad para confiar o depender de ella. Con frecuencia ven a los demás de forma negativa y por tanto se les dificulta dejar que otros se acerquen y compartan su intimidad. Los adultos abstencionistas desean mucha independencia. Las investigaciones revelan que poco más de la mitad de los adultos de Estados Unidos están vinculados con seguridad, cerca de una cuarta parte son abstencionistas y una quinta parte son ansioso-ambivalentes (Hazan y Shaver, 1987). La **tabla 7.3** resume algunas de las formas más comunes en que estos tipos de vínculo influyen en las relaciones interpersonales.

Los estudios indican que las personas que forman parejas, por lo general tienen el mismo estilo de vínculo, lo que significa mayor evidencia en cuanto a la forma en la que influyen las semejanzas al momento de determinar de quién nos enamoramos (Gallo y Smith, 2001; Latty-Mann y Davis, 1996). El tipo de pareja más común está compuesto por aquellos que tienen un estilo de vinculación de seguridad (Chappell y Davis, 1998). Esto no es sorprendente, ya que los individuos seguros tienden a responder de manera positiva a otros y se sienten cómodos con la cercanía; su estilo de vínculo los hace más deseables como amantes que aquellos con cualquiera de los otros tipos de estilo. En un estudio de 354 parejas, más de la mitad se había comprometido con personas que, al igual que ellas, tenían un estilo de vinculación seguro. De forma predecible, en ninguna pareja ambos integrantes tenían el estilo ansioso-ambivalente o el estilo abstencionista, sin duda porque tales personas serían incompatibles entre sí. Aquellas con un estilo de vínculo seguro reportaron el mayor nivel de satisfacción en la relación, en especial si su pareja tenía el mismo estilo (Kirkpatrick y Davis, 1994).

Otro estudio de 128 parejas encontró que el estilo del vínculo influye en la forma en que sus integrantes interactúan. Los individuos con vínculo de seguridad reportaron que podían lidiar de manera constructiva y efectiva con los conflictos de pareja y con la conducta potencialmente perturbada de ésta. Cuando surgían los problemas, abrían líneas de comunicación para discutirlos y resolverlos. Por otro lado, las personas con cualquiera de los dos estilos de vínculo inseguro tendían a responder a problemas y conflictos con elusión y retirada (Scharfe y Bartholomew, 1995).

Estos diferentes hallazgos, de manera colectiva, brindan fuerte evidencia del impacto de los estilos de vínculo sobre el gusto, el amor y la satisfacción de pareja.

➡ TABLA 7.3

Impacto de los estilos de vínculo en las relaciones íntimas

Adultos con vínculo de seguridad	Adultos ansioso-ambivalentes	Adultos con abstención
Es relativamente fácil acercarse a otros. Se sienten cómodos teniendo a otros cerca de ellos.	Quieren estar cerca de otros pero creen que los otros pueden no desear estar cerca de ellos.	Se sienten muy incómodos al estar cerca de otros.
Se sienten seguros en la relación y no temen ser abandonados.	Se preocupan de que sus parejas no los amen y de que los abandonen.	Creen que el amor sólo es transitorio y que su pareja, inevitablemente, los abandonará en algún momento.
Se sienten cómodos dependiendo de la pareja y que la pareja dependa de ellos.	Pueden querer fusionarse por completo y ser absorbidos por su pareja.	Se sienten preocupados de depender de alguien y recelosos de que dependan de ellos.
Las relaciones amorosas por lo general se caracterizan por felicidad, satisfacción, confianza y apoyo emocional recíproco.	Relaciones caracterizadas por altibajos emocionales, atracción sexual obsesiva y celos.	En general desean menos cercanía de lo que sus parejas parecen desear. Temen la intimidad y experimentan altibajos emocionales.
La relación dura en promedio 10 años.	La duración promedio de la relación es de cinco años.	La relación dura en promedio seis años.

Fuente: Adaptado de Ainsworth (1989), Ainsworth et al. (1978), y Shaver et al. (1988).

❶ Problemas en la relación amorosa

En los siguientes párrafos exploraremos la dinámica que causa complicaciones en las relaciones de pareja y nos enfocaremos en dos cuestiones en particular. Primero, estudiaremos la relación entre el amor y el sexo. Luego analizaremos cómo los celos afectan las relaciones y qué se puede hacer para controlarlos, en caso de que haya algo que hacer.

¿Cuál es la relación entre amor y sexo?

Ligues Relaciones cortas de tipo sexual que ocurren durante un breve intervalo de tiempo.

Amigos con derechos Interacción sexual entre amigos que no definen su relación como romántica.

Aunque tendemos a vincular el sexo con amor, la conexión no siempre es muy clara. Es cierto que algunas personas se involucran en relaciones sexuales sin estar enamoradas. Un ejemplo de sexo sin amor es la práctica común del **“ligue”**, que es una relación de tipo sexual de corta duración que se da en un breve periodo (por ejemplo, durante las vacaciones escolares) (Lambert y colaboradores, 2003). Otro ejemplo de sexo sin amor es el fenómeno de los **“amigos con derechos”**, que incluye una interacción sexual entre personas que se consideran amigos pero no pareja en una relación romántica (Hughes y colaboradores, 2005). Intriga mucho a los investigadores el hecho de que este tipo de tratos combine los beneficios de la amistad y la gratificación sexual, evitando las responsabilidades y el compromiso asociado con las relaciones amorosas románticas (Hughes y colaboradores, 2005). La evidencia sugiere que los vínculos de amigos con derechos son bastante comunes en las universidades. En tres diferentes campos universitarios, el porcentaje de estudiantes que reportaron estar involucrados en prácticas de este tipo fue de 48.5, 54 y 61.7 (Afifi y Faulkner, 2000; Mongeau y colaboradores, 2003).

El amor también puede existir independientemente de cualquier atracción o expresión sexual. Sin embargo, la idea de una relación íntima ideal para la mayoría de nosotros es la que está llena de sentimientos de amor y gratificación sexual mutuos.

Los sentimientos de estar enamorado y ser atraído sexualmente hacia otra persona suelen estar entrelazados, y se manifiestan con mayor fuerza en las primeras etapas de una relación. Los estudios realizados con estudiantes universitarios indican que tanto hombres como mujeres consideran el deseo sexual como un ingrediente importante de la vinculación romántica (Regan, 1998). La compleja interacción entre amor y sexo da lugar a muchas preguntas: ¿La intimidad sexual hace más profunda la relación amorosa? ¿Tienen hombres y mujeres una visión diferente de la relación entre el sexo y el amor? ¿Es apropiado el sexo sin amor? Aquí trataremos de dar respuesta a éstas y otras preguntas asociadas.

¿La intimidad sexual fortalece la relación amorosa?

Hacia tiempo que conocía a Chris y pensé que ya era momento de tener relaciones sexuales con él. Así que un día, después de pasar la tarde juntos, le pregunté que si me podía quedar en su casa y me dijo que sí. Me sentí muy excitada cuando nos metimos a la cama. De verdad disfruté explorar las formas y texturas de su cuerpo. Sin embargo, cuando empezamos a tocar nuestros genitales, me sentí incómoda. Si seguíamos en la dirección en la que íbamos, alcanzaríamos más allá del nivel de intimidad emocional que sentía. Parecía que tenía que olvidarme de la cercanía para poder seguir adelante. Tenía que escoger entre la intimidad y el contacto genital. Nuestra cercanía era más importante para mí, y le dije que quería que nos conociéramos mejor antes de avanzar en el plano sexual. (Archivo de los autores.)

La mujer citada tomó la decisión de posponer el contacto sexual hasta que se sintiera más cómoda en su relación. Muchas toman otro camino y pronto buscan la intimidad sexual. En algunos casos esto puede hacer que la relación sea más profunda. Sin embargo, no siempre es así. De hecho, cuando una relación se hace sexual antes de que

la pareja haya establecido un vínculo de intimidad más generalizado, impulsado por una conciencia, un entendimiento y una apreciación crecientes del uno por el otro, los individuos involucrados pueden separarse más adelante.

Es razonable pensar que la gente, en ocasiones, trata de justificar su comportamiento sexual diciendo que está enamorada. De hecho, es muy probable que las parejas hagan compromisos prematuros (como mudarse juntos, comprometerse y hasta casarse) para convencerse de lo profundo de su amor y, por tanto, de la legitimidad de su involucramiento sexual.

¿Hombres y mujeres ven el sexo y el amor de manera diferente?

En general, hombres y mujeres ven la relación entre sexo y amor de manera un poco diferente (Hendrick y Hendrick, 1995; Regan y Berscheid, 1995). Por ejemplo, es más fácil que los hombres digan que están enamorados y que definan la calidad de la relación romántica en términos de la satisfacción sexual (Fischer y Heesacker, 1995; McCabe, 1999). Los estudios también indican que es más fácil para los hombres tener sexo por placer y relajamiento sin compromiso emocional alguno (Buss, 1999; Townsend, 1995). Sin embargo, esta diferencia entre hombres y mujeres disminuye con la edad; las mujeres mayores expresan más el deseo sexual como una motivación importante para el sexo (Murstein y Tuerkheim, 1998).

A pesar de las diferencias aparentes, tanto hombres como mujeres valoran el amor y el afecto en las relaciones sexuales. Dos encuestas a nivel nacional de grandes muestras representativas de ambos sexos, realizadas en Estados Unidos en 1984 y 1994, revelaron una tendencia a la convergencia de las actitudes de hombres y mujeres acerca de la conexión entre amor y sexo. En el estudio de 1984, el 59% de los hombres y 86% de las mujeres reportaron que era difícil tener relaciones sexuales sin amor (Ubell, 1984). Sin embargo, 10 años más tarde, 71% de los hombres indicó que era difícil vincularse sexualmente con alguien sin amor, mientras que el porcentaje de mujeres que expresaron este punto de vista no sufrió cambios (86) (Clements, 1994).

Otros estudios han confirmado que, a pesar de las diferencias en la forma en que hombres y mujeres ven la asociación entre sexo y amor, ambos coinciden en lo que consideran ingredientes importantes de una relación amorosa exitosa y gratificante (Regan, 1998; Sprecher y colaboradores, 1995). Entre los atributos señalados como muy importantes tanto por hombres como por mujeres están la buena comunicación, el compromiso y una alta calidad de intimidad emocional y física (Byers y Demmons, 1999; Fischer y Heesacker, 1995; McCabe, 1999).

¿Heterosexuales, hombres homosexuales y lesbianas ven el amor y el sexo de forma distinta?

Yo no considero que tenga prejuicios en contra de los homosexuales. Sin embargo, no apruebo del todo su estilo de vida, que por lo general parece involucrar amoríos casuales basados más en el sexo que en el cariño genuino. Algunos que conozco han tenido más parejas en los últimos dos años que yo en toda mi vida. (Archivo de los autores.)

Esta opinión refleja una creencia difundida entre los heterosexuales de que los homosexuales, en especial los hombres, forman uniones con parejas del mismo sexo basadas primordialmente en la interacción sexual, y que a menudo carecen de vínculos genuinos, amor, compromiso y satisfacción general. Varios investigadores han revelado la falacia de esta forma de pensar demostrando que los homosexuales, al igual que los heterosexuales, por lo general buscan relaciones de amor, confianza y cariño que incluyen muchas de las dimensiones del compartir, además de la intimidad sexual (Adler y colaboradores, 1989; Kurdek, 1995b; Zak y McDonald, 1997). Los hombres y las mujeres homosexuales difieren en el grado en que asocian la cercanía

emocional o el amor con el sexo, de manera consistente con las diferencias generales entre los puntos de vistas del sexo y el amor entre hombres y mujeres. Mientras que los hombres en general tienden más a separar el sexo y el amor, los hombres homosexuales han demostrado una fuerte inclinación a hacer esta separación, y algunos se han involucrado en encuentros sexuales casuales sin amor ni vínculos emocionales; tal actividad era muy común antes de que iniciara la epidemia de sida (Bell y Weinberg, 1978; Gross, 2003a). Más que indicar que los hombres homosexuales no valoran el amor, este hallazgo lo único que revela es que valoran el sexo como un fin en sí mismo. En contraste, muchas lesbianas posponen el contacto sexual hasta que hayan desarrollado intimidad emocional con la pareja (Leigh, 1989; Zak y McDonald, 1997). Varios investigadores han sugerido que tales diferencias entre hombres y mujeres homosexuales son el resultado de patrones de socialización del rol de género, que hacen que el sexo casual sea más permisible para hombres que para mujeres. Además, afirman que los hombres heterosexuales, al igual que los homosexuales, se involucrarían en contactos sexuales casuales y sin amor si las mujeres estuvieran interesadas y si las parejas heterosexuales no asumieran que su relación es exclusiva (Foa y colaboradores, 1987; Leigh, 1989).

Por último, el amor juega un papel importante en la vida de los homosexuales como nexo para establecer una identidad autoimpuesta, ya sea como hombre homosexual o lesbiana. Muchos heterosexuales han tenido contacto sexual con parejas del mismo sexo. Esto es especialmente cierto durante la infancia y la adolescencia, cuando este contacto puede ser experimental y transitorio, o expresión de una orientación que durará toda la vida (véase el capítulo 12). Estas actividades con el mismo sexo no son suficientes para establecer una identidad homosexual en algún individuo. El enamorarse de una persona del mismo sexo es lo que a menudo brinda el elemento clave necesario para establecer una identidad de este tipo (Troiden, 1988).

Los celos en una relación

Los celos han sido definidos como una reacción emocional de aversión producida por una relación, real o imaginaria, que involucra a nuestra pareja con una tercera persona (Bringle y Buunk, 1991). Muchas personas piensan que son una muestra de devoción y que su ausencia significa falta de amor (Buss, 2000). La gente por lo general tiene actitudes ambivalentes hacia los celos, “y los ven como signo de inseguridad, en ocasiones como una señal de amor, y a veces como las dos cosas al mismo tiempo” (Puente y Cohen, 2003, p. 458). Este sentimiento está más relacionado con el orgullo herido o con el temor de las personas a perder lo que quieren controlar o poseer, más que con el amor. Por ejemplo, una persona que descubre que su pareja disfruta la compañía de otra puede sentirse molesta y, por tanto, celosa. Como lo describimos en nuestro estudio de reciprocidad, por lo general iniciamos y mantenemos una relación porque encontramos que un sentido de pertenencia aumenta nuestra autoestima. Normalmente dependemos de nuestra pareja para validar nuestro sentido positivo de persona. En consecuencia, nos podemos sentir amenazados y experimentar la sensación de una pérdida potencial de la reciprocidad y la imagen positiva de nosotros mismos si percibimos que nuestra pareja está considerando reemplazarnos (Boekhout y colaboradores, 1999).

Por lo tanto, las intensas emociones de los celos a menudo se deben a nuestra imaginación y al temor de que nuestra pareja nos abandone por alguien más (Sharpsteen y Kirkpatrick, 1997). Estos pueden crecer si se envidian ciertas características del rival, ya que tendemos a estar celosos de individuos que poseen atributos que nosotros deseamos. En general, las mujeres envidian más el atractivo y la popularidad, mientras que los hombres, la riqueza y la fama (Barker, 1987; Salovey y Rodin, 1985).

Algunas personas están más predisuestas a sentir celos que otras. Los individuos que tienen una baja opinión de ellos mismos, reflejada en sentimientos de inseguridad e inadaptación, están más propensos a sufrirlos en una relación (Brehm

y colaboradores 2002; Buss, 1994, 1999). Esto nos remite a un punto que ya hemos establecido: que una autoestima saludable es la base para construir relaciones íntimas. Segundo, las personas que ven una gran discrepancia entre lo que son y lo que les gustaría ser, tienen inclinación a sentir celos. No es sorprendente que tales individuos tengan baja autoestima. Y tercero, aquellos que consideran valiosas características como la riqueza, la fama, la popularidad y el atractivo físico, pueden tener la tendencia a sentir más celos en una relación (Salovey y Rodin, 1985).

A menudo este sentimiento es un factor que precipita la violencia en los matrimonios y las relaciones de pareja (Buss, 1999; Puente y Cohen, 2003; Vandello y Cohen, 2003). Las investigaciones demuestran que la violencia causada por celos se da con mayor frecuencia contra la pareja que contra el rival (Mathes y Verstrate, 1993; Paul y Galloway, 1994).

Los celos son una sensación desagradable que puede afectar el desarrollo de una relación y el placer de estar juntos. Tanto para hombres como para mujeres, las emociones y los pensamientos asociados con ellos son negativos; incluyen ansiedad, depresión, ira y una sensación de devaluación por parte de la pareja (Bush y colaboradores, 1988). También pueden tener un efecto paradójico, ya que aunque el celoso desea mantener la relación y su propia imagen, estos deseos se ven deteriorados cuando expresa sus celos (Buunk y Bringle, 1987).

Aunque está claro que tienen muchos efectos negativos, no siempre es claro cómo se deben manejar cuando aparecen en una relación. El recuadro titulado “Cómo enfrentar al monstruo de los ojos verdes” brinda sugerencias a quienes desean disminuir sus celos, de ellos mismos o de sus parejas.

Las diferencias en las experiencias de los celos entre los sexos

No todos responden a los celos de la misma manera, y varios estudios han encontrado diferencias entre las respuestas de hombres y mujeres. En general, ellas tienden a reconocer más que los hombres que se sienten celosas (Barker, 1987; Clanton y Smith, 1977). Además, varios estudios sugieren que los celos de una mujer se enfocan en el involucramiento emocional de su pareja con otra persona, mientras que los del hombre se centran en el involucramiento sexual (Fisher, 1999; Shackelford y colaboradores, 2002). Sin embargo, la revisión de varios datos encontró poco respaldo para esta diferencia sugerida entre los sexos (Harris, 2003). Un estudio realizado entre heterosexuales y homosexuales encontró que ambos sexos estaban más preocupados acerca del involucramiento emocional de su pareja con otra persona que por el involucramiento sexual (Harris, 2002).

Otra diferencia entre los patrones de celos en ambos sexos es que las mujeres a menudo se culpan cuando surge un conflicto por este motivo, mientras que los hombres los atribuyen a terceros o al comportamiento de su pareja (Barker, 1987; Daly y colaboradores, 1982). También se ha observado que las mujeres tienden más que los hombres a provocar celos en su pareja de manera deliberada (Sheets y colaboradores, 1997; White y Helbick, 1988). Esta diferencia entre los patrones de ambos sexos puede surgir por el hecho de que las mujeres celosas muchas veces sufren sentimientos de inadaptación y devaluación. En consecuencia, los esfuerzos femeninos para provocar celos en su pareja pueden ser un intento de aumentar su autoestima llamando la atención de aquélla para que se preocupe por sus actos. Los varones también tienen sentimientos de inadaptación asociados con los celos. Sin embargo, la relación se da de manera inversa en ellos, pues primero aparecen los celos y después una sensación de inadaptación (White y Helbick, 1988).

Una investigación evaluó la relación que existe entre la calidad percibida del ser padres y los celos. Las mujeres que respondieron en este estudio estaban más propensas a sentir celos por infidelidad si percibían que su pareja estaba siendo mal padre, porque un padre no adecuado que abandona su relación sería menos deseable que un



Palabras para consultar
en InfoTrac

● Celos



Pensamiento crítico

Los estudios indican que las mujeres tienden más que los hombres a reconocer que sienten celos. ¿Por qué piensa usted que se da esta diferencia entre sexos?

Cómo enfrentar al “monstruo de los ojos verdes”

Es muy común que el “monstruo de los ojos verdes”, es decir, los celos, se asome por lo menos una vez en una relación. Manejarlos puede resultar muy difícil, ya que estos sentimientos por lo general nacen de un profundo sentido de inadaptación en los individuos celosos más que dentro de la relación. Una persona amenazada por celos inducidos por inseguridad, a menudo se aparta de su pareja y la ataca con acusaciones y amenazas. Estos comportamientos ineficaces provocan una reacción similar en la pareja no celosa: separación y contraataque. Un procedimiento efectivo para el celoso es reconocer sus propios sentimientos para poder esclarecer su fuente. Así, puede iniciar la conversación diciendo algo como: “María, tengo miedo por nosotros y me molesta que te quedas trabajando hasta muy tarde con tus compañeros, en especial con ese tal Bill”. Tal aceptación abierta de los sentimientos sin amenazas ni acusaciones puede hacer que María responda con palabras reconfortantes y un diálogo positivo.

En muchas situaciones la persona celosa no reconoce que existe un problema y no expresa un deseo de trabajar en ello. Si lo hace, el primer paso esencial para resolverlo es empezar a trabajar para eliminar los dolorosos celos y el comportamiento destructivo que producen. Robert Barker (1987), un terapeuta de parejas, brinda valiosas recomendaciones para conseguir esto en su libro *The Green-Eyed Marriage: Surviving Jealous Relationships*. Barker sostiene que una persona celosa se ve más motivada a trabajar en el problema y a aceptar ayuda cuando:

- *Está segura de que hay peligro de perder a la pareja.* La reafirmación directa de que la relación no está en peligro a menudo no es efectiva y en ocasiones puede ser contraproducente. Una estrategia más efectiva es hacer referencia a estar juntos en el futuro. En consecuencia, la pareja no celosa que planea iniciar una conversación acerca de los celos podría empezar diciendo cosas como: “Será grandioso cuando los niños estén grandes y tengamos más tiempo para nosotros.”
- *Está segura de que el problema viene de la relación más que de los defectos de su personalidad.* Es más fácil que una persona celosa empiece a trabajar sobre sus celos cuando los dos miembros reconocen que existe un problema compartido. El integrante no celoso puede moverse en esta dirección diciendo: “Existe un problema que compartimos y tenemos que trabajar juntos para resolverlo.”
- *Se siente confiada de ser amada y respetada genuinamente.* Como los celos a menudo nacen de sentimientos de inadaptación e inseguridad, la pareja no celosa puede ayudar a minimizar estas emociones negativas y a aumentar la autoestima y confianza “reafirmando con regularidad el afecto por la persona de forma verbal, emocional y física” (Barker, 1987, p.100).



© Michelangelo Gratton/Getty Images

Los celos son sentimientos incómodos que a menudo dañan la relación de pareja y ahogan el placer de estar juntos.

- *No siente pena ni culpa.* De manera comprensible, muchas personas que son blanco de los celos se enojan y se sienten tentadas a contraatacar con sarcasmo, ridiculización o humillación a sus parejas celosas para que olviden sus acusaciones sin fundamento. Por desgracia, tales ataques negativos tienen el efecto opuesto y estimulan más la ira y la conducta defensiva. Peor aún, la persona celosa puede incluso tender menos a aceptar que necesita un cambio.
- *Es capaz de tener empatía con la persona que ha sido herida por los celos.* Cuando las personas celosas pueden entender y hacerse cargo del dolor que su comportamiento ha causado a su pareja, el incentivo del cambio puede aumentar. El reto para la pareja no celosa es estimular la empatía y no la culpa. Esto se puede conseguir verbalizando el dolor sin culpar al integrante celoso. De esta manera, María podría decirle a su pareja: “Te amo Mike, y me siento muy mal cuando tengo que trabajar hasta tarde mientras tú estás en casa deseando que estemos juntos. Es muy doloroso pensar que mi situación laboral algunas veces parece más importante que nuestra relación.”

Una vez que la motivación al cambio está establecida, y que la pareja comienza a dialogar para manejar los celos, algunas de las estrategias de comunicación descritas en este capítulo pueden ayudarlos a tratar el problema. Escuchar, retroalimentar y hacer preguntas pueden contribuir a establecer con claridad lo que cada uno en la pareja quiere y espera de la relación. Por ejemplo, después de mostrar sus temores, Mike podría decirle a María que aminoraría su preocupación si ella pasara menos tiempo trabajando con Bill, o quizás si sólo incluyera a otros de la oficina cuando se quedara a trabajar hasta tarde.

buen padre que continuara manteniendo a sus hijos. En contraste, los hombres que respondieron al estudio tendían más a sentir celos si percibían a su pareja como una probable buena madre, ya que podrían perder una pareja ideal dedicada a cuidar a sus hijos (Sharpsteen, 1995).

❶ Mantener la satisfacción de pareja

Las relaciones humanas representan muchos retos. Uno de ellos es la conformación de sentimientos positivos acerca de nosotros mismos. Otro es establecer vínculos satisfactorios y agradables con familiares, colegas, maestros, compañeros de trabajo y el entorno social. Un tercer reto es desarrollar lazos íntimos especiales con amigos y, cuando queremos, relaciones sexuales. Por último, muchas personas afrontan el reto de mantener la satisfacción y el amor dentro de una unión comprometida ya establecida. En esta sección presentamos los factores que contribuyen a mantener la satisfacción dentro de una relación. También estudiamos el valor de la variedad sexual en ella.

Ingredientes de una relación amorosa duradera

Los ingredientes que normalmente se presentan en una relación amorosa duradera incluyen: aceptación de uno mismo y del compañero, apreciación mutua, compromiso, buena comunicación, expectativas reales, intereses compartidos, igualdad en la toma de decisiones y habilidad para enfrentar los conflictos de manera efectiva. Estas características no son estáticas; evolucionan y cambian, e influyen entre sí a lo largo del tiempo. A menudo necesitan ser cultivadas deliberadamente.

Una revisión de los estudios realizados acerca de la satisfacción marital reportó que los matrimonios exitosos que son duraderos exhiben otras características (Karney y Bradbury, 1995):

- Los padres de ambos cónyuges tuvieron matrimonios felices.
- Los cónyuges tienen actitudes, intereses y estilos de personalidad similares.
- Ambos cónyuges están satisfechos con su vida sexual.
- La pareja posee un ingreso adecuado y permanente.
- La mujer no se encontraba embarazada al momento del matrimonio.

En otro estudio, los investigadores pidieron a 560 mujeres y hombres que juzgaran la importancia de diversos elementos en el éxito de un matrimonio o de una relación comprometida a largo plazo. Entre los elementos que se consideraron importantes en una relación de alta calidad figuraban los siguientes (Sprecher y colaboradores, 1995):

- Comunicación de apoyo: comunicación abierta y honesta y deseos de hablar acerca de las dificultades y preocupaciones.
- Compañerismo: compartir intereses mutuos y disfrutar muchas actividades juntos.
- Expresión sexual: espontaneidad y variedad en el aspecto sexual y sentirse sexualmente atractivo para la pareja.

En otro estudio de 300 parejas felizmente casadas, la razón más citada para tener un matrimonio feliz y duradero fue ver al compañero como su mejor amigo. Las cualidades que los individuos apreciaban de manera especial en la pareja fueron el cuidado, el compartir, ser íntegros y tener sentido del humor. Estas parejas estaban conscientes de los defectos de sus compañeros, pero estaban convencidas de que las cualidades positivas eran más importantes. Muchos dijeron que su compañero se había hecho más interesante con el tiempo. Preferían las actividades compartidas a las separadas, lo que parecía reflejar la riqueza de la relación. La mayoría de las parejas estaban



La intimidad y el afecto de una pareja mayor se desarrollan con los años de experiencias compartidas.

© Mark & Audrey Gibson/Lonely Planet Images

satisfechas con su vida sexual y, para algunas, la pasión sexual se había hecho más intensa con el tiempo (Lauer y Lauer, 1985).

El mantener interacciones positivas frecuentes es crucial para continuar con la satisfacción en la relación. La frase “lo que valen son los pequeños detalles” es muy significativa en este punto. Cuando una persona le dice a su pareja: “Ya no me quieres”, eso significa: “Ya no haces lo que hacías para demostrarme tu amor.” Estos comportamientos a veces son tan pequeños que las parejas no los notan. Sin embargo, cuando se hacen pequeñas cosas para que el compañero se sienta amado (o cuando se deja de hacerlas por completo), el déficit se experimenta como falta de amor. El afecto continuo y la interacción considerada ayudan a mantener un sentimiento amoroso:

El tipo de cosas que aumentan la sensación de que mi pareja todavía me ama pueden parecer bastante insignificantes, pero para mí no lo son. Al levantarse a saludarme cuando llego a casa, cuando me toma del brazo al cruzar la calle, cuando me pregunta “¿Te ayudo con eso?”, cuando me dice que me veo bien, cuando me abraza a mitad de la noche, cuando me agradece por hacer las cosas de rutina, me siento amada por él. Para mí esas pequeñas cosas, todas juntas, hacen la diferencia. (Archivo de los autores.)

También es útil hablar con nuestra pareja, comunicarle lo que más nos agrada o sugerirle nuevas ideas. La regla de oro (“Trata a los demás como quieres que te traten a ti”) no siempre se aplica en las relaciones, porque las preferencias de las personas a menudo son bastante diferentes. Un individuo puede no saber lo que su pareja quiere a menos de que ésta lo exprese. El disfrute y la apreciación de uno por otro en áreas no sexuales generalmente aumentan el interés y la interacción sexual. A menudo, las parejas reportan una falta de deseo por la intimidad sexual cuando no sienten intimidad desde el punto de vista emocional.

La variedad sexual: un ingrediente importante

Hay un pequeño restaurante con excelente carne y una atmósfera íntima y acogedora que me gusta visitar de vez en cuando. Una buena compañía, una botella de buen vino, una deliciosa cena, y me la paso de lujo. Una vez acepté la invitación de un amigo a ese lugar luego de haber estado allí el día anterior, y me siguió pareciendo bueno pero no tan estimulante. Si me hubieran invitado a regresar por tercera ocasión en tan pocos días, hubiera preferido detenerme a comprar una hamburguesa. (Archivo de los autores.)

Muchas personas tienen un fuerte deseo por buscar variedad en su vida. Tienen muchos amigos, cada uno de los cuales les brinda un tipo único de enriquecimiento a su existencia. De la misma manera, pueden leer diferentes tipos de libros, realizar distintas actividades recreativas, comer diversos tipos de alimentos, y tomar diferentes clases. Aun así muchas de estas mismas personas caen en la rutina en su vida sexual.

Por desgracia, muchos entran a una unión comprometida pensando que la excitación sexual intensa seguirá por siempre de forma natural si ambos están enamorados. Pero, como hemos visto en este capítulo, la emoción inicial es al final reemplazada por esfuerzos reales y comprometidos para mantener la vitalidad y la recompensa de

una relación funcional. Una vez que una persona está comprometida con su pareja, la variedad ofrecida por una sucesión de relaciones ya no está disponible. Algunos individuos pueden necesitar buscar la variedad de otras maneras.

No todas las parejas tienen la necesidad de variedad sexual. Muchas personas se sienten cómodas con las rutinas establecidas y no tienen deseo de cambiarlas. Sin embargo, si usted prefiere desarrollar una mayor diversidad en su relación sexual, los siguientes párrafos le pueden ser de utilidad.

La comunicación es crucial. Hable con su pareja acerca de sus necesidades y sentimientos. Comparta con ella su deseo de hacer algo diferente. Quizás algunas de las recomendaciones de comunicación sexual que se analizan en las siguientes secciones le ayudarán a hacer peticiones e intercambiar información.

Aunque es inevitable que el tiempo desgaste la novedad de una relación, la disminución de la pasión puede ser contrarrestada introduciendo aspectos nuevos a los patrones de la relación sexual. Esto se puede conseguir evitando momentos y lugares rutinarios. Haga el amor en otros lugares que no sea la cama (en el piso del cuarto de lavado, en la regadera, en el acotamiento de la carretera) y en horarios diversos (en la mañana, a mediodía, o a mitad de la noche, cuando se despierta sintiéndose sexualmente excitado).

Algunas de las experiencias sexuales más excitantes ocurren al calor del momento con poca o ninguna planeación. Es fácil ver cómo tales situaciones ocurren a menudo durante el noviazgo. También es evidente cómo se convierten en recuerdos distantes cuando la pareja establece un calendario diario para la vida en común. Sin embargo, usted podrá descubrir que mantener la espontaneidad le ayudará a nutrir su relación durante meses o años.

Por otro lado, planear los momentos de intimidad (sexuales y no sexuales) también puede ayudar a mantener la cercanía. Haga citas con su pareja y de manera consciente siga con los gestos románticos que se dieron de forma natural al inicio de la relación. Comprometa su energía y su tiempo con su vínculo sexual.

No permita que las preguntas acerca de lo que es “normal” se atraviesen en el camino de una vida erótica y variada. Muy a menudo la gente se abstiene de experimentar sucesos nuevos porque cree que las actividades diferentes son “anormales”. En realidad, sólo usted puede decidir lo que es normal para usted. Los sexólogos concuerdan en que cualquier actividad sexual es normal siempre y cuando brinde placer y no cause molestias emocionales o físicas ni dañe a ninguno de los dos. La comodidad emocional es importante, ya que “pueden aparecer molestias y conflictos, más que la intimidad y la satisfacción, si se tienen comportamientos que difieren demasiado de los valores y las actitudes personales” (Barbach, 1982, p. 282).

Con esto no queremos decir que todas las personas deban tener vidas sexuales activas y variadas para ser verdaderamente felices; éste no es el caso. Como ya hemos visto, algunas parejas se sienten cómodas y contentas repitiendo patrones de interacción sexual ya conocidos. Otras consideran que el sexo no es muy importante comparado con otros aspectos de su vida, y prefieren no hacer ningún esfuerzo adicional para conseguir sus placeres. Sin embargo, si su sexualidad es una fuente importante en su vida, quizás éstas y otras sugerencias sean importantes para usted. ■

¿Existen diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a su deseo por la variedad sexual? La investigación descrita en el siguiente recuadro brinda evidencia sólida de que sí hay diferencias en el deseo de variedad sexual entre los sexos.

En el resto de este capítulo estudiamos la comunicación sexual: la manera en que la gente expresa sus sentimientos y transmite sus necesidades y deseos a los patrones sexuales. Analizamos las razones por la que estos intentos en ocasiones son infructuosos; también exploramos diferentes maneras de mejorar este importante aspecto de nuestra vida sexual.



❶ El valor de la comunicación sexual

La comunicación sexual puede contribuir de gran manera a la satisfacción de una relación íntima. La buena comunicación acerca de deseos y preocupaciones eróticas siempre ha sido bien identificada como algo valioso para el desarrollo y mantenimiento de una relación sexual satisfactoria y duradera (Byers, 2005; Byers y Demmons, 1999; Ferroni y Jaffee, 1997). Esto no significa que el diálogo verbal extenso sea esencial para toda actividad sexual, pues a veces la comunicación hablada es más dañina que constructiva; sin embargo, las parejas que nunca hablan acerca de los aspectos sexuales de su relación se están negando una oportunidad para aumentar su cercanía y placer a través del aprendizaje de las necesidades y los deseos del compañero.

Empatía mutua

El conocimiento de que cada uno de los miembros de una relación se preocupa por el otro y sabe que esto es recíproco.

El punto central de este análisis es nuestra creencia de que la base de una comunicación sexual efectiva es la **empatía mutua**, el conocimiento de que cada uno de los miembros de la pareja se preocupa por el otro y sabe que este sentimiento es recíproco. Con esta perspectiva presente, estudiaremos varios métodos de comunicación sexual que han probado ser de utilidad en la vida de muchas personas. No afirmamos tener la última palabra sobre los muchos pequeños detalles de la comunicación humana; tampoco decimos que las recomendaciones dadas aquí funcionan para todos por igual. A menudo es necesario modificar de manera individual las estrategias de comunicación; y en ocasiones las diferencias entre dos personas son tan profundas que la mejor empatía no puede asegurar una relación mutuamente satisfactoria. Esperamos que algunas de estas experiencias y recomendaciones puedan ser de utilidad para su propia vida.

Razones por las que la comunicación sexual es difícil

Algunas de las razones más importantes por las que la comunicación sexual es difícil radican en nuestra socialización, el lenguaje disponible para hablar de sexo y los temores de muchos a expresarse.

Socialización y comunicación sexual

La manera en que fuimos educados de niños contribuye a las dificultades posteriores para hablar de nuestras necesidades sexuales. La falta de comunicación acerca de estos asuntos en numerosos hogares estadounidenses es perjudicial en muchos aspectos. El no hablar de sexo en la casa restringe al niño de una valiosa fuente de vocabulario para hablar de él en la vida adulta. Esta falta de comunicación también puede implicar que el sexo no es un tema de conversación aceptable. Además, los niños adquieren destrezas de comunicación de manera más efectiva cuando expresan sus propios pensamientos en una atmósfera receptiva. Ninguno de estos elementos está disponible en un hogar donde la gente simplemente no habla de sexo.

La falta de modelos positivos con frecuencia se extiende más allá del hogar. Pocas personas tienen acceso a clases o textos donde se indique cómo las parejas hablan del tema. Ni los grupos de amigos ni los medios populares brindan información realista ni positiva. En raras ocasiones, las películas más vistas retratan alguna comunicación verbal significativa entre parejas y, cuando hay diálogo, por lo general es ambiguo e insensible (Striar y Bartlik, 2000).

El lenguaje y la comunicación sexual

Otro obstáculo para la comunicación efectiva es la falta de un lenguaje adecuado para el sexo. Para cuando hemos crecido y estamos ansiosos de comunicar nuestras necesidades sexuales y sentimientos, muchos de nosotros no sabemos cómo hacerlo. Las palabras que hemos aprendido para describirlo han sido asociadas con emociones negativas más que con las positivas. Muchos de nosotros hemos aprendido a reírnos de palabras sexuales o a usarlas de manera iracunda, agresiva o peyorativa. En con-

Diferencias en el deseo de variedad sexual entre hombres y mujeres

Varios psicólogos de la evolución han propuesto una hipótesis que plantea que las estrategias de unión de hombres y mujeres han evolucionado de manera diferente; una de estas diferencias es la motivación para buscar relaciones sexuales de corta duración. De acuerdo con esta perspectiva, los hombres que buscan parejas pasajeras a menudo están motivados por un deseo de variedad sexual que se refleja en sus inclinaciones tanto a buscar varias parejas sexuales como a aceptar tener sexo pronto. En contraste, las motivaciones de las mujeres que buscan relaciones pasajeras parecen estar enfocadas en obtener un mayor estatus o una excelente calidad genética (Gangestad y Simpson, 2000; Schmitt, 2003; Schmitt y colaboradores, 2001).

Recientemente, una encuesta transcultural respaldó esta aseveración. Este estudio fue realizado a 16288 personas seleccionadas de las principales regiones del mundo: América del Norte, América del Sur, Europa occidental, Europa oriental, Europa del sur, Medio Oriente, África, Oceanía, sur y sureste de Asia y Asia oriental. Esta investigación fue conducida por el psicólogo evolucionista David Schmitt (2003), quien utilizó un cuestionario anónimo de nueve páginas, que fue traducido a los idiomas locales para estudiar tres variables principales: 1) el número de parejas sexuales deseadas en diferentes intervalos de tiempo; 2) duración de la relación antes de tener relaciones sexuales, y 3) hasta qué punto los participantes estaban buscando parejas sexuales pasajeras.

Los resultados proporcionaron evidencia sólida de que hombres y mujeres difieren fundamentalmente en su psicología de apareamiento de corta duración, en especial en el deseo de variedad sexual, y que estas diferencias parecen universales desde el punto de vista cultural en las regiones donde se realizó el estudio. Los hallazgos de Schmitt revelaron que “los hombres no sólo tienen mayor deseo de variedad de parejas sexuales que las mujeres, sino que necesitan menos tiempo para aceptar tener intercambios sexuales; y los hombres tienden a buscar de manera más activa parejas pasajeras que las mujeres” (Schmitt, 2003, p. 101). Concluyó que su estudio respalda el punto de vista de la psicología evolutiva de que las estrategias evolutivas de apareamiento pasajero del hombre están basadas en un deseo por la variedad sexual. Por ejemplo, incluso entre las mujeres participantes que respondieron que estaban “buscando intensamente” una pareja pasajera, menos de 20% deseaban más de una pareja en el siguiente mes. En cambio, entre los hombres que estaban “buscando intensamente”, más de 50% anhelaba más de una pareja en el siguiente mes. Este porcentaje aumentó a 69% y 75% para los siguientes seis y 12 meses, respectivamente. En el caso de las mujeres, los aumentos en los porcentajes para los mismos periodos fueron mínimos.

secuencia, puede resultar incómodo utilizar esas mismas palabras para describir una actividad con alguien que en realidad nos importa.

De esta manera, cuando queremos empezar a tener una comunicación sexual, nos encontramos luchando por encontrar el lenguaje correcto para este tipo de diálogo íntimo. Los vocablos que se usan con frecuencia para describir la anatomía genital dan cierta indicación de los mensajes mixtos de nuestra sociedad con respecto a la sexualidad. Dos extremos tienden a predominar: el lenguaje callejero y la terminología clínica.

Dentro de nuestro contexto cultural es natural, o al menos común, sentir timidez o pena cuando hablamos de sexo con nuestros amigos o parejas. Sin embargo, este malestar puede evitarse o vencerse, y la gente puede encontrar maneras de aprender a vivir con el vocabulario. Algunas personas dan nombre a sus genitales o a los de su pareja, como “Chuchito”, “Miguelito”, “Cosita”, “Chango”, etc., en un intento por evitar las asociaciones negativas con gran parte de la terminología existente. Cuando ambos miembros de la pareja ponen nombres a sus genitales, unos que sean fáciles de decir y tengan connotaciones positivas, esto puede “abrir su comunicación estimulando los juegos” (*Contemporary Sexuality*, 1999d, p. 1). Se ha demostrado que las parejas que están teniendo problemas en su relación pueden beneficiarse con el uso de nombres juguetones para sus genitales (Godow, 1999). Un elemento clave para el éxito del uso de nombres propios sobre la anatomía sexual y la interacción sexual es que ambos compañeros se sientan cómodos con los términos usados.

Muchos beneficios y placeres están asociados con el hecho de conversar con nuestra pareja mientras tocamos su cuerpo. Es un momento maravilloso para desarrollar intimidad mientras aprendemos las necesidades y preferencias del otro. Es una buena forma de descubrir qué palabras son aceptables mutuamente.

Las variaciones étnicas en los estilos de comunicación también afectan de manera significativa la forma en que la gente habla de sexo. El siguiente recuadro analiza tales variaciones.

SEXUALIDAD Y DIVERSIDAD

Variaciones étnicas en la comunicación íntima

No existen muchos libros ni muchas fuentes que retraten cómo las parejas se pueden comunicar de manera efectiva acerca de temas íntimos, en especial el sexo. Entonces, no debe sorprender que los datos sobre las variaciones étnicas en la comunicación también sean limitadas. En este análisis revisamos los pocos datos existentes para ofrecer unas cuantas generalizaciones acerca de las variaciones en los estilos de comunicación acerca de la intimidad sexual que se presentan entre estadounidenses: blancos, negros, latinos y asiáticos.

La creencia de que la buena comunicación es el corazón y el alma de las relaciones íntimas saludables es bastante común entre estadounidenses blancos (sobre todo entre las mujeres) y en menor grado entre negros; sin embargo, entre parejas latinas y asiáticas se hace menos énfasis en “trabajar” sobre la comunicación (Bradshaw, 1994; Chang y Holt, 1991; Hecht y colaboradores, 1993; Ting-Toomey y Korzenny, 1991). Así, mientras que los estadounidenses blancos y negros pueden hablar de sexo abiertamente, el pensamiento general entre latinos es que ellos no hablarían de su relación sexual (Guerrero-Pavich, 1986; Van Oss Marin y Gomez, 1994). Las parejas de estadounidenses asiáticos tienden aún menos a hablar de sexo, lo que es consistente con una tendencia general a darle mayor valor a la comunicación no verbal, indirecta e intuitiva (Bradshaw, 1994; Del Carmen, 1990).

Los estadounidenses blancos y, hasta cierto punto, también los negros, tienden a estar más autoorientados en las relaciones íntimas que los hispanos o los asiáticos (Gudykunst y colaboradores, 1996; Hecht y colaboradores, 1990, 1993; Trafimow y colaboradores, 1991). Este énfasis en el *individualismo* —una ideología que da mayor importancia al individuo que a la pareja o grupo— tal vez se vea reflejada en la siguiente afirmación: “Estoy haciendo algo contigo para satisfacer mis necesidades (mientras tú podrías satisfacer las tuyas)” (Hecht y colaboradores, 1993, p. 155). En cambio, los latinos y asiáticos enfatizan más el *colectivismo* —una ideología que se enfoca en la pareja o en el grupo más que en el individuo— (Hecht y colaboradores, 1993; Parks y Vu, 1994). Esta perspectiva de las relaciones íntimas se ve reflejada por la afirmación “Estamos haciendo algo juntos y ambos obtendremos algo de esto” (Hecht y colaboradores, 1993, p. 155).

Quizás por el énfasis en el individualismo que existe en las relaciones de los estadounidenses blancos, el conflicto evidente es considerado natural y algo que hay que abordar y resolver. Las parejas estadounidenses de origen negro se sienten menos cómodas con los conflictos y las latinas tienden a ver los conflictos como un indicador negativo de que una relación no está en armonía ni en equilibrio (Collier, 1991; Ting-Toomey y Korzenny, 1991). Ya que los vínculos armoniosos y los beneficios de la colectividad del grupo tienen mayor valor que el individualismo y las recompensas para uno mismo, los estadounidenses de origen asiático también tienden en gran medida a evitar los conflictos que involucran la confrontación directa con la pareja primaria (Del Carmen, 1990).

A partir de estas diferencias generales entre grupos étnicos de Estados Unidos, y aunque las parejas asiáticas y latinas no necesariamente tienen más problemas relacionados con el sexo que los blancos o los negros, podemos concluir que de hecho están menos inclinados a reconocer o discutir sus preocupaciones. Además, es poco probable que los miembros de los grupos étnicos asiáticos o lati-

nos tiendan a buscar ayuda profesional para resolver los problemas de la relación, en especial aquellos de naturaleza sexual.

Las variaciones étnicas también existen en la comunicación sexual no verbal. Los estadounidenses latinos dependen en gran medida de ésta para revelar información sexual, y ponen particular énfasis en el uso del tacto para transmitir el amor, el deseo por la intimidad o las intenciones sexuales (Hecht y colaboradores, 1990). El tacto también juega un papel importante entre los negros de Estados Unidos, que acarician más que los blancos, quienes a su vez acarician más que los asiáticos (Butts, 1981; Hecht y colaboradores, 1990; Parham y colaboradores, 1999).

La distancia interpersonal (otro aspecto importante de la comunicación sexual no verbal que se discute más adelante en este capítulo) es mucho más contraída entre latinos que entre blancos. Este hecho puede causar confusión cuando los miembros de estos dos grupos étnicos interactúan. Así, un estadounidense blanco puede malinterpretar la proximidad de un latino como una invitación para la intimidad cuando en realidad la cercanía con otro es típica de la cultura latina (Bryjak y Soroka, 1994; Sluzki, 1982). Los negros también tienden a establecer distancias interpersonales más cortas que los blancos (Halberstadt, 1985).

Los estilos de comunicación basados en el género

Otro factor que puede dificultar la comunicación entre parejas heterosexuales es la diferencia que existe entre los estilos de hombres y mujeres para relacionarse con los demás (Canary y Dindia, 1998; James y Cinelli, 2003; Greene y Faulkner, 2005; Tannen, 1994, 2001). Según Deborah Tannen (1990, 1994), una profesora de lingüística de la Universidad de Georgetown, hombres y mujeres a menudo tienen diferentes objetivos de comunicación. Los varones usan el lenguaje para transmitir información, obtener estatus en un grupo, desafiar a otros y evitar abusos. Por lo general inician las conversaciones preocupados acerca de quién ocupa las posiciones superiores y quién las inferiores. Desde este punto de vista, la comunicación se convierte en una competencia para evitar caer en una situación de desventaja. Un hombre que opera de esta manera puede ser extremadamente sensible ante la idea de solicitar consejos o sugerencias de cómo actuar en una situación particular (sexual u otra), en la que se le pida hacer algo o asumir cualquier otro comportamiento que tenga cierto parecido, por mínimo que sea, con estar en una posición inferior o de desventaja.

En cambio, Tannen sostiene que la mujer usa el lenguaje para obtener y compartir intimidad, estimular la cercanía y evitar que otros la aparten. Las mujeres no están preparadas socialmente para utilizar el lenguaje como una arma defensiva para evitar ser dominadas o controladas. Más bien su preocupación es usar el diálogo para acercarse a otra persona y analizar qué tan cerca o distante se encuentran de un compañero valioso.

Cuando una mujer habla de sus preocupaciones, por lo general pretende compartir, compenetrarse y obtener la sensación de que no está sola. Quiere una respuesta similar a: “Te entiendo, yo también he pasado por lo mismo.” Esa respuesta pone a ambos comunicadores en igualdad de condiciones, lo que permite que la intimidad se fomente alrededor de la igualdad. La mujer puede



© Jose Luis Pelaez, Inc./CORBIS

La comunicación entre parejas heterosexuales puede verse afectada por las diferencias entre los estilos de hombres y mujeres para relacionarse con otras personas.

estar buscando solamente comprensión o un deseo de hablar con apertura acerca de un problema, pero su pareja masculina a menudo responde con consejos o soluciones. Esta respuesta pone al varón “como más sabio, más razonable y con mayor control; en otras palabras, en una posición superior. Y esto contribuye al efecto de distanciamiento” (Tannen, 1990, p. 53). Las mujeres pueden minimizar esta influencia dañina para la relación diciéndole a su pareja que cuando tienen problemas íntimos o emocionales no desean escuchar soluciones rápidas. En su lugar, quisieran que ésta escuchara sus preocupaciones y estuviera dispuesta a conversar abiertamente y a compartir puntos de vista acerca de los problemas en igualdad de condiciones.

Desde que se publicó la investigación de Tannen, muchos estudios han analizado las distinciones en los estilos de comunicación de los sexos. Una revisión reciente de un gran número de estos trabajos concluyó que las diferencias entre los estilos de comunicación de hombres y mujeres por lo general son muy pequeñas (Canary y Dindia, 1998). Resulta claro que las discrepancias entre sexos descritas por Tannen sí existen, tal como fue verificado por esta revisión bibliográfica; sin embargo, éstas no son tan grandes como para sugerir que los dos sexos son de diferentes culturas. De hecho, los estudios indican que las semejanzas de los estilos de comunicación de hombres y mujeres son mayores que las diferencias (MacGeorge y colaboradores, 2004). Ambos pueden comunicarse de manera efectiva acerca de una amplia gama de temas, incluyendo la intimidad sexual. Estar conscientes de las diferencias entre sexos descritas por Tannen puede mejorar su comunicación.

Ansiedades sobre la comunicación sexual

Más allá de los obstáculos impuestos por las limitaciones de la socialización y el lenguaje, las dificultades de la comunicación sexual en algunas personas también pueden tener su origen en la ansiedad de exponerse a sí mismas. Cualquier comunicación sexual representa cierto riesgo: al hablar, la gente se coloca en una posición vulnerable al juicio, la crítica y el rechazo. El deseo de correr riesgos puede estar relacionado con la cantidad de confianza que exista dentro de la relación. Algunas parejas carecen de confianza mutua, y para ellas los riesgos de expresar sin cortapisas sus necesidades sexuales son demasiado grandes. Otras parejas tienen un alto grado de cariño y confianza recíproca. Para ellas, dar los primeros pasos hacia el diálogo sexual puede ser mucho más fácil.

Incluso cuando hay un buen ambiente puede ser difícil establecer un patrón satisfactorio de diálogo sexual. En tales circunstancias una pareja puede ver frustrados sus esfuerzos propios para resolver sus problemas de comunicación. En este caso, ambos deberían buscar orientación profesional. (En el capítulo 14 brindamos algunas recomendaciones para tal efecto.)

Hemos estudiado las razones por las cuales para muchas personas es difícil establecer una comunicación sexual significativa y efectiva. A pesar de estas dificultades, la comunicación es una parte importante del compartir a nivel sexual, así como de muchos otros aspectos de una relación. Los beneficios potenciales son mejores experiencias sexuales y relaciones más ricas.

▶ ¿Cómo empezar a dialogar?

¿Cómo comienza uno a hablar de sexo? En esta sección exploramos algunas de las muchas maneras que existen para *romper el hielo*. Estas sugerencias pueden ser de utilidad no sólo al principio de una relación, sino a lo largo de ella.

Hablar acerca de hablar

Cuando las personas se sienten incómodas acerca de un tema, a menudo el mejor lugar para comenzar es hablar *acerca de hablar*. Discutir por qué es difícil conversar

de sexo puede ser un buen punto de partida. Cada uno de nosotros tenemos nuestras propias razones para verlo como algo difícil, y entender esas razones puede ayudar a establecer una relación con bases sólidas. Quizás usted pueda compartir sus experiencias acerca de sus primeros esfuerzos para hablar de temas sexuales con sus padres, maestros, médicos, amigos o amantes. Puede ser útil pasar poco a poco al tema de la comunicación sexual dirigiendo sus primeras conversaciones a tópicos menos personales (como los nuevos métodos anticonceptivos, las leyes en contra de la pornografía, etc.) Más tarde, a medida que vaya aumentando la comodidad, puede comenzar a hablar de sentimientos y preocupaciones más personales.

Leer y platicar

Como para mucha gente es más fácil leer que hablar de sexo, los artículos y los libros que tratan el tema pueden brindar estímulos para las conversaciones personales. La pareja puede leer el material por separado y luego discutirlo juntos; o leerlo en conjunto y discutir sus reacciones individuales. Por lo general, es más fácil hacer la transición de un libro o artículo a los sentimientos personales, que hablar de grandes preocupaciones personales.

Compartir relatos sexuales

Otra manera de empezar a hablar es compartiendo relatos sexuales. Seguramente habrá muchas preguntas que usted le quiera hacer a su pareja. Por ejemplo, ¿cómo fue la educación sexual que tuviste en casa y en la escuela? ¿Cómo se relacionaban tus padres (estabas consciente de cualquier tipo de sexualidad en su relación)? ¿Cuándo aprendiste acerca del sexo y cuáles fueron tus reacciones? Muchos otros temas podrían agregarse a esta pequeña lista; las preguntas dependen de los sentimientos y de las necesidades de cada individuo.



Javier Pierini/Getty Images

Leer juntos acerca de temas difíciles puede estimular la conversación.

❶ Escuchar y retroalimentarse

La comunicación, sexual o de cualquier tipo, es más exitosa cuando se realiza en ambas direcciones e involucra a un comunicador efectivo y a un escucha activo. En esta sección nos enfocaremos en la parte que escucha en este proceso.

¿Alguna vez se ha preguntado por qué ciertas personas parecen atraerse como un imán y un pedazo de hierro? Después de pensar un poco, tal vez concluya que, entre otras cosas, estos individuos en general saben escuchar. ¿Qué habilidades especiales poseen que nos hacen sentir que de verdad les importa lo que tenemos que decir? La próxima vez que se encuentre con este tipo de personas, obsérvelas muy de cerca. Haga un análisis de sus hábitos de escucha. Quizás la lista de buenas características para escuchar incluirá varios de los siguientes puntos: saber hacerlo de manera activa, mantener contacto visual, brindar retroalimentación, respaldar los esfuerzos de comunicación de su pareja y expresar una consideración positiva incondicional.

Escuche activamente

Algunas personas escuchan de manera *pasiva*. Se quedan con la mirada fija en el vacío mientras su pareja habla, quizás diciendo “ajá” de vez en cuando. Tales respuestas hacen sentir al que habla que quien escucha es indiferente, incluso aunque no sea así,

y aquél se puede cansar de tratar de compartir pensamientos importantes con alguien que no parece ser receptivo.

Cuando hablo con mi marido acerca de algo en verdad importante, él sólo se me queda viendo con una expresión en blanco. Es como si estuviera hablando con una piedra. Creo que él escucha el mensaje, al menos algunas veces, pero rara vez muestra alguna respuesta. En ocasiones, me dan ganas de sacudirlo o de gritarle: "¿Todavía estás vivo?" No hay necesidad de decir que ya no trato de comunicarme mucho con él. (Archivo de los autores.)

Saber escuchar de manera *activa* significa comunicar con actividad o eficacia que está escuchando y que muestra un interés genuino en lo que su pareja está diciendo (Cole y Cole, 1999; Gottman y colaboradores, 1998). Usted puede comunicar esto con un lenguaje corporal atento, expresiones faciales apropiadas y simpatéticas, asintiendo con la cabeza, haciendo preguntas (¿Podrías darme un ejemplo?), o haciendo breves comentarios ("Entiendo lo que dices"). A veces es útil ser recíprocos en la conversación. Por ejemplo, a medida que su pareja habla de un sentimiento o de algún incidente, usted podría recordar algo parecido que haya sucedido en su vida. El hacer tales asociaciones y manifestarlas con honestidad, obviamente sin desviar la conversación hacia sus propias necesidades, puede estimular a su pareja a continuar expresando preocupaciones importantes.

Mantenga contacto visual

Mantener contacto visual es uno de los aspectos más importantes de una comunicación cara a cara. Nuestros ojos expresan de maravilla nuestros sentimientos. Cuando nuestra pareja mantiene contacto visual con nosotros mientras estamos compartiendo pensamientos o sentimientos con ella, el mensaje es claro: le importa lo que tenemos que decir. Cuando no mantenemos el contacto visual, negamos a nuestra pareja una retroalimentación valiosa acerca de cómo percibimos sus mensajes.

Brinde retroalimentación

El propósito de la comunicación es brindar un mensaje que tenga algún efecto sobre el que escucha. Sin embargo, su impacto no siempre es el que uno espera, porque las comunicaciones pueden ser (y a menudo son) malinterpretadas. Esto es en especial cierto con un tema como la sexualidad, donde el lenguaje suele ser redundante y complicado. Por lo tanto, brindar *retroalimentación* a nuestra pareja o presentar alguna reacción a su mensaje con *palabras* puede ser de utilidad. Además de aclarar cómo percibimos sus comentarios, esa retroalimentación verbal refuerza el hecho de que estamos escuchando activamente.

También puede ser de utilidad pedir a nuestra pareja que responda algún mensaje que nosotros pensamos que es importante. Una pregunta como "¿Qué piensas de lo que acabo de decir?" puede estimular a nuestra pareja a darnos retroalimentación que nos ayude a determinar el impacto que ha tenido nuestro mensaje en ella.

Apoye los esfuerzos de comunicación de su pareja

Muchos de nosotros nos podemos sentir vulnerables cuando comunicamos mensajes importantes a la pareja. El apoyo a nuestros esfuerzos puede aliviar nuestros miedos y ansiedades y estimularnos a continuar construyendo las habilidades de comunicación que son tan importantes para una relación viable. Piense lo bien que se sentiría cuando después de externar una preocupación importante, su pareja le dijera: "Me alegra que me hayas dicho cómo te sientes" o "Gracias por decirme cómo te sientes".

Tales comentarios de apoyo pueden estimular la empatía y asegurarán que continuaremos comunicando nuestros pensamientos y sentimientos honestamente.

Expresa consideraciones positivas incondicionales

El concepto de *consideraciones positivas incondicionales* lo tomamos prestado del libro *Client-Centered Therapy*, de Carl Rogers (1951). En las relaciones personales esto significa transmitir a nuestra pareja que seguiremos valorándola y queriéndola a pesar de lo que diga o haga. La consideración positiva incondicional estimula a hablar a una persona incluso acerca de situaciones embarazosas o dolorosas. La siguiente anécdota revela la respuesta de una persona a este valioso atributo.



Palabras para consultar en InfoTrac

- Consideración positiva incondicional

Sé que mi esposa seguirá amándome a pesar de lo que yo le diga o le revele. En mi anterior matrimonio nunca podía expresar ninguna preocupación seria sin que mi esposa se pusiera a la defensiva o de plano se comportara mezquinamente. Como consecuencia, dejé de hablar de las cosas que de verdad eran importantes. Qué alivio siento al estar con alguien a quien puedo contarle lo que pienso sin preocuparme por las consecuencias. (Archivo de los autores.)

Las necesidades de su pareja

Descubrir lo que es placentero para su pareja es una parte importante de la intimidad sexual. Muchas personas quieren conocer las preferencias de su compañero pero no están seguras de cómo descubrirlas. En esta sección veremos algunas formas efectivas de conocer los deseos y las necesidades de nuestra pareja.

Haga preguntas

Una de las mejores formas de descubrir las necesidades de su pareja es preguntando. Sin embargo, hay muchas maneras de interrogar. Algunas pueden ser de utilidad; otras pueden no ser tan efectivas e incluso contraproducentes. Revisemos algunas de las formas más comunes de hacer preguntas y el efecto que cada una podría tener.

Preguntas de Sí o No

Imagine que le hacen alguna de las siguientes preguntas en el contexto de un interludio sexual con su pareja:

1. ¿Te gustó?
2. ¿Te gusta el sexo oral?
3. ¿Te gusta que te toque así?

A primera vista, estas preguntas parecen bien planteadas. Sin embargo, todas comparten una característica que reduce su efectividad: son **preguntas de sí o no**. Cada una requiere una respuesta de una sola palabra, aunque los pensamientos y sentimientos de una persona rara vez son tan simples.

Por ejemplo, considere la pregunta 2, “¿Te gusta el sexo oral?” Cualquiera que sea la respuesta, sí o no, da poca oportunidad a la pareja de discutir el tema. Ciertamente, existe el potencial para conversar. Sin embargo, en un mundo donde la comunicación sexual es difícil, aun en las mejores circunstancias el que hace las preguntas podría no obtener más que la información específica solicitada. En algunas situaciones, desde luego, un simple sí o no es todo lo que se necesita. Pero la persona que responde podría tener sentimientos encontrados con respecto al sexo oral por

Preguntas de sí o no

Tipo de interrogante que se responde con una sola palabra (sí o no) y, por tanto, brinda poca oportunidad de discutir un tema.

Preguntas abiertas

Interrogantes que permiten al que responde compartir sentimientos o información que piensa que es relevante.

ejemplo, y el planteamiento de la pregunta puede llevar a una simplificación exagerada. Las **preguntas abiertas**, o aquellas que permiten al que responde expresar su preferencia, pueden facilitar las respuestas adecuadas.

Preguntas abiertas

Para algunos las preguntas abiertas son de utilidad para descubrir los deseos de su pareja. La siguiente lista brinda algunos ejemplos.

1. ¿Qué es lo que te da más placer cuando hacemos el amor?
2. ¿Qué cosas de nuestra relación sexual te gustaría cambiar?
3. ¿Qué piensas del sexo oral?

Una de las principales ventajas de las preguntas abiertas es que le dan libertad a su pareja para compartir cualquier sentimiento que ella piense que es relevante. Usted podría aprender mucho más con la respuesta sin limitaciones ni restricciones que con un simple sí o no.

Una posible desventaja es que su pareja podría no saber por dónde empezar cuando se le hacen este tipo de interrogantes genéricas. Considere que le hagan preguntas como: “¿Qué te gusta de nuestra vida sexual?” Algunas personas podrían aceptar de buena manera la generalidad de la pregunta, pero otras podrían tener dificultades para responderla, en especial si no están acostumbradas a hablar de sexo de manera abierta. Si éste es el caso, un acercamiento más estructurado podría ofrecer una mejor oportunidad para estimular la conversación. Existen varias maneras de estructurar su acercamiento: una es utilizar preguntas para cuya respuesta deba elegirse entre dos opciones.

Preguntas de esto o aquello

La siguiente lista contiene ejemplos de **preguntas disyuntivas**.

1. ¿Te gustaría que dejáramos la luz prendida cuando hacemos el amor o que la apagáramos?
2. ¿Te gusta que te acaricie de esta manera, o prefieres que probemos un tipo diferente de caricias?
3. ¿Te gustaría hablar ahora o más tarde?

Este tipo de interrogantes son más estructuradas que las abiertas y permiten mayor participación que las preguntas de sí o no. A menudo, las personas aprecian la oportunidad de considerar algunas opciones.

Además de hacer preguntas, existen otras maneras de descubrir las necesidades sexuales de nuestra pareja. Aquí veremos otras tres técnicas: revelar información propia, comparar notas y dar permiso.

Revelar información propia

Las preguntas directas pueden poner en aprietos a las personas. Ya sea que le inquieran: “¿Te gusta el sexo oral?” o “¿Qué piensas del sexo oral?”, puede ser difícil responder sencillamente porque no conoce cómo se siente su pareja sobre ese tema. Si el tema tiene fuertes insinuaciones emocionales, puede resultar complicado contestar, sin importar el cuidado con el que haya formulado la pregunta. Es el contenido de ésta y no la técnica de comunicación lo que causa el problema.

Una manera de abordar los temas difíciles podría ser revelando información propia.

Preguntas disyuntivas

Interrogante que permite establecer un preferencia.



© Bruce Ayres/Getty Images

Descubrir lo que es placentero para su pareja es parte importante de la intimidad sexual

Durante mucho tiempo evité el tema del sexo oral con mi pareja. No tenía la más mínima idea de qué pensaba ella al respecto. Tenía miedo de sacar el tema y que pudiera pensar que yo era un perverso. Por último, no pude seguir soportando el no conocer sus sentimientos. Empecé hablando de mis emociones encontradas, sentir que quizás no era natural pero que al mismo tiempo deseaba probar. Resultó que ella sentía igual que yo y que también tenía miedo de tocar el tema. Después de hablar al respecto, nos reímos de cómo ambos habíamos tenido miedo de romper el hielo. Una vez que pudimos hablar con libertad, fue fácil introducir esta forma de estímulo en nuestra vida sexual. (Archivo de los autores.)

La apertura de una persona requiere dar y recibir. Es más fácil compartir sentimientos acerca de algunos temas fuertes en el ámbito emocional cuando el compañero está dispuesto a hacer lo mismo. Sin embargo, esta técnica tiene sus riesgos, y en ocasiones uno puede sentirse vulnerable compartiendo pensamientos y sentimientos personales. Sin embargo, la posibilidad de un diálogo abierto y honesto bien vale la incomodidad que una persona pueda sentir acerca de ser el primero en *destaparse*. Las investigaciones revelan con claridad que el *destape* de los deseos y las necesidades sexuales se asocia de manera positiva con la obtención de satisfacción erótica en las relaciones íntimas (Byers y Demmons, 1999; Greene y Faulkner, 2005). Los estudios también indican que cuando alguien habla sin tapujos de sus propios sentimientos, su pareja está dispuesta a hacer lo mismo (Derlego y colaboradores, 1993; Hendrick y Hendrick, 1992).

Cada vez es más común que la gente establezca comunicación íntima vía electrónica. El no verse frente a frente puede aumentar la intensidad emocional y la rapidez del *destape* (Ben-Ze'ev, 2003). Así, una desventaja potencial de la plática sexual en línea es que puede inducir *destapes* prematuros y mal intencionados. Sin embargo, el relativo anonimato del ciberespacio puede estimular la apertura de los sentimientos personales acerca de temas sexuales. Esto resulta especialmente cierto en los hombres, para quienes a menudo es difícil hablar de sus sentimientos (Basow y Rubinfeld, 2003; Levant, 1997). Analizaremos con más detalle las relaciones en línea en el recuadro titulado “Relaciones por Internet”, en las siguientes páginas.

? Pensamiento crítico

¿Las parejas se benefician con la discusión de lo que les gusta y disgusta sexualmente, o deberían ser más selectivas en lo que comparten? ¿Su nivel de *destape* estaría influenciado por la naturaleza de la relación (por ejemplo, noviazgo, cohabitación o matrimonio)?

Discutir las preferencias sexuales

Mientras se planea la salida de la noche, para muchas parejas es natural conversar acerca de sus preferencias: ¿Te gustaría ir a un concierto o prefieres ir al cine? ¿Dónde te quieres sentar? “¿Deseas comida vegetariana, italiana o carne con papas?” Después, pueden evaluar los eventos de la noche: “El baterista estuvo fantástico.” “La próxima vez mejor nos sentamos lejos de las bocinas.” “Creo que ordenaré los langostinos rebosados, otra vez.” Aun así, muchas parejas nunca piensan en hablar acerca de su placer sexual mutuo.

Claro que platicar sobre las preferencias sexuales es algo muy diferente de planear una salida por la noche. Sin embargo, la gente sí se involucra en este tipo de conversaciones. Algunas personas se sienten cómodas discutiendo sus preferencias sexuales con su nueva pareja antes de llegar al sexo. Pueden hablar sobre las zonas de su cuerpo que son más sensibles, cómo les gusta ser acariciadas, qué posición sexual les agrada más, cuál es la manera más fácil y placentera de alcanzar el orgasmo, la hora y el lugar más adecuados, lo que les excita y lo que no, y una gran variedad de cosas que les gustan y desagradan.

Lo mejor de este tipo de acercamiento abierto es que permite que una pareja se enfoque en actividades placenteras más que en irse descubriendo por ensayo y error. Sin embargo, algunas personas sienten que tales diálogos son muy clínicos

y que quizás hasta le roban la emoción al ir experimentando y descubriéndose mutuamente. Además, lo que a una persona le parece deseable puede ser diferente en distintas parejas, así que resulta difícil admitir primero nuestras propias preferencias.

También suele ser útil discutir los sentimientos después de un evento sexual. Podrían hacer comentarios acerca de lo que fue bueno y de lo que podría mejorar, o utilizar este momento para reforzar las cosas que en especial encuentran satisfactorias en su pareja (“Me encantó la forma en que me acariciaste las caderas”). Una sesión de retroalimentación mutua puede ser muy informativa y contribuir a aumentar la intimidad entre dos personas.

Dar permiso

Dar permiso Reafirmar a la pareja que está bien hablar acerca de sentimientos y necesidades específicos.

Descubrir las necesidades de la pareja puede ser muchísimo más fácil con la práctica que llamamos **dar permiso**. Básicamente, dar permiso significa estimular y reafirmar. Uno de los miembros de la pareja le dice al otro que no hay problema en hablar de sentimientos y necesidades específicos, y que tiene muchos deseos de saber qué opina acerca del tema.

Él No estoy seguro de cómo te gusta que te acaricie cuando hacemos el amor.

Ella La forma en que quieras hacerlo está bien.

Él Bueno, me agradaría saber lo que más te gusta, y podrías ayudarme si me dices lo que te hace sentir bien cuando te acaricio.

Muchos de nosotros hemos hecho esfuerzos infructuosos por comunicar nuestras necesidades a otros. Sin duda mucha gente, a menudo, se queda callada aun si quiere compartir sus sentimientos personales. Dar y recibir permisos para expresar necesidades de una manera más libre puede contribuir al intercambio de información valiosa.

➤ Aprender a hacer peticiones

No podemos leer la mente. Sin embargo, muchas parejas parecen pensar que su compañero sabe (tal vez por intuición) lo que ellas necesitan. Aquellos que abordan el sexo con esta actitud no están asumiendo toda la responsabilidad de su propio placer. Si los encuentros sexuales no son satisfactorios, es más fácil culpar al compañero (“No te importan mis necesidades”) que admitir que nuestra propia negativa a expresar necesidades puede ser el problema. Esperar que la pareja sepa lo que queremos sin decírselo significa ponerle demasiado peso encima. Mucha gente piensa que no debe preguntar; pero de hecho el pedirle al compañero que haga algo puede ser una acción afirmativa y responsable que ayude a ambas personas.

Aceptar la responsabilidad de nuestro propio placer

Cuando dos personas están en una verdadera armonía recíproca, no tienen que hablar de sus deseos sexuales. Uno puede sentir y responder al deseo del otro. Hablar sólo tiende a estropear estos mágicos momentos. (Archivo de los autores.)

La situación que se describe en este testimonio parece existir más en la fantasía de un mundo idealizado que en el mundo real. Como notamos, las personas no leen la mente, y la intuición deja mucho que desear como sustituto de la comunicación genuina. Una persona que espera que otra conozca sus necesidades con base en la

Relaciones por Internet

La Internet ha creado una comunidad virtual que ha expandido de manera radical las opciones para conocer a parejas íntimas potenciales y para hablar de sexo (Philareton, 2005; Waskul, 2004). Antes de este capítulo describimos cómo la cercanía geográfica influye en quién nos atrae. El ciberespacio ha creado un mundo de proximidad virtual en el cual la gente puede estar cerca en forma electrónica aunque en realidad esté a miles de kilómetros de distancia (Wright, 2004).

Un sujeto puede llegar a varios sitios de Internet orientados a las relaciones debido a un interés común con otros que visitan las mismas páginas. Algunos pueden navegar la Web en busca de conexiones románticas significativas (Benotsch y colaboradores, 2002). Otros pueden estar motivados por el deseo de discutir sus fantasías sexuales o de compartir en línea su comportamiento sexual (Ross, 2005). La ausencia de las limitantes de una relación planteadas por la interacción cara a cara puede ayudar a explicar la popularidad de los vínculos mediados por computadora. Para la gente que tiene dificultad de relacionarse con otros en persona, el anonimato de las conexiones en línea le permite expresarse con mayor facilidad, lo que puede mejorar el sentido de conectividad social y fomentar la formación de fuertes vínculos en línea (Fleming y Rickwood, 2004).

La comunicación en línea puede contribuir al desarrollo de relaciones románticas eliminando el rol de la belleza física en el desarrollo de la atracción. En ausencia de esta dimensión de la atracción interpersonal, la impresión que se forma de otros puede estar influenciada en gran medida por la imaginación, la cual puede crear una fuerte seducción hacia otro (Ben-Ze'ev, 2004). Libres de la influencia de la cuestión visual, las conexiones romántico-eróticas pueden surgir de la intimidad emocional más que de la atracción física. La relación mediada por computadora también puede estar menos limitada por las suposiciones del rol de género que suelen influir en las interacciones cara a cara entre los sexos.

Estas ventajas relativas de las relaciones mediadas por computadora son contrarrestadas por las desventajas poten-

ciales de relacionarse en la Internet. Por ejemplo, las conexiones erótico-íntimas pueden desarrollarse con tal rapidez que la influencia del buen juicio suele no aplicarse (Benotsch y colaboradores, 2002; Genuis y Genuis, 2005). Esta rápida escalada de la intensidad de la relación puede ser impulsada por una disminución de los sentimientos de vulnerabilidad cuando se destaca información personal en el relativo anonimato del ciberespacio y por la comodidad psicológica de revelar pensamientos privados en un ambiente seguro y acogedor. El desarrollo rápido de los vínculos por Internet puede erotizarse de forma prematura sin formar la base de confianza fundada en el conocimiento que es tan esencial para la satisfacción de una relación. Esta pseudointimidad erotizada puede ser difícil de mantener si los romances en línea avanzan a una relación cara a cara (Cooper y Sportolari, 1997).

Otra desventaja potencial de comunicarse en línea es que la gente no sea muy honesta al hablar de intereses personales, ocupación, estado civil y edad. Además, los encuentros cara a cara con compañeros electrónicos conllevan riesgos considerables. Los medios de comunicación están llenos de noticias de relaciones por computadora que terminan en abuso, violencia, acoso y hostigamiento. Además, los estudios indican que las probabilidades de involucrarse en encuentros riesgosos sin condón durante una cita inicial cara a cara con un compañero electrónico son bastante altas (Chiasson y colaboradores, 2003; Genuis y Genuis, 2005; McFarlane y colaboradores, 2002).

El fenómeno de las relaciones por Internet está evolucionando con rapidez, y las futuras investigaciones sin duda brindarán un mejor entendimiento del impacto de la Web en la vida íntima de las personas. Quizás el mejor consejo que les podemos ofrecer a nuestros lectores que están explorando las relaciones por Internet es tomar las cosas con calma, comunicarse con honestidad y estimular a su compañero a hacer lo mismo, a descubrirse con precaución y por todos los medios; si decide encontrarse cara a cara, hágalo en un lugar público seguro, sin expectativas de un encuentro sexual.

intuición actúa igual que si dijera: "No es mi problema hacerte saber mis necesidades, pero sí es el tuyo saber cuáles son"; y por inferencia: "Si mis necesidades no son satisfechas, es tu culpa, no la mía." No hay necesidad de decir que éste es un método potencialmente destructivo que puede llevar a la culpa, a los malos entendidos y al sexo no satisfactorio.

La mejor manera de satisfacer nuestras necesidades es hablando. Dos individuos dispuestos a comunicar sus deseos y a aceptar la responsabilidad de su propio placer crean un excelente marco de intimidad sexual plena y efectiva. Tomar la decisión de asumir la responsabilidad de nuestra propia satisfacción es un paso importante. Igual de importantes son los métodos que escojamos para expresar nuestras necesidades. La forma en que se hace la petición tiene un efecto determinante en la reacción que provoca. En las siguientes dos secciones se enumeran algunas sugerencias.

Haga peticiones específicas

Entre más específica es una petición, más probabilidades hay de que sea entendida y atendida. Las parejas a menudo piden cambios en los aspectos sexuales de su relación con un lenguaje muy vago. Puede ser muy incómodo, e incluso provocar ansiedad, recibir una solicitud confusa. ¿Cómo respondemos? Es probable que haciendo muy poco, si es que hacemos algo.

La clave para evitar el estrés innecesario para ambos compañeros es hacer peticiones lo más claras y concisas posible. Así, una opción a una solicitud vaga como “Me gustaría que me acariciaras de forma diferente” podría ser: “Me gustaría que me tocaras con suavidad alrededor del clítoris, pero no directamente sobre él.” Otros ejemplos de peticiones específicas son:

1. Me gustaría que pasaras más tiempo tocándome y acariciando todo mi cuerpo antes de llegar al coito.
2. Me gusta mucho que sigas besándome y acariciándome después de que me has penetrado.
3. Me gustaría que acariciaras mi pene con tus manos.

Hable en primera persona

Los orientadores estimulan a sus pacientes para que hablen en primera persona cuando vayan a comunicar sus necesidades a otros (Worden y Worden, 1998). Con esta técnica a menudo se obtiene la respuesta deseada, más que con una declaración general. Por ejemplo, decir “Me gustaría estar arriba” tiene más probabilidades de producir el resultado esperado que decir ¿Qué piensas si cambiamos posiciones?”

Expresar solicitudes de manera directa no siempre es efectivo. Hay quienes quieren tomar todas las decisiones y pueden no reaccionar de buena manera a las solicitudes de su compañero durante el acto sexual. La asertividad de su pareja puede ofenderlos. Sería bueno que usted determinara si ésta es la actitud de su compañero antes de un encuentro sexual, ya que esto podría evitarle una situación molesta. Una manera de determinarlo es haciendo la siguiente pregunta abierta: “¿Qué piensas de que te pida cosas cuando hacemos el amor?” O también podría esperar y descubrirlo durante el acto sexual. De cualquier forma, si una persona parece cerrada a preguntas directas, será mejor reevaluar la estrategia. Tal vez si expresa sus necesidades en otro momento que no sea el del acto mismo, su pareja tendrá una oportunidad más relajada de considerar sus deseos. Sin embargo, le aconsejamos hablar en primera persona cualquiera que sea el contexto en el que haga sus peticiones.

🗨 Expresar y recibir quejas

Contrario a la imagen romántica popular, dos personas no pueden satisfacer la necesidad del otro en todo momento. Parece inevitable que los sujetos que forman una relación íntima a veces necesiten presentar quejas y solicitar cambios. Conseguir esto puede no ser tan sencillo para los individuos cuya relación está caracterizada por empatía mutua. La manera más efectiva de expresar una preocupación es quejarse más que criticar (Gottman, 1994). Quejarse significa expresar constructivamente las preocupaciones de la relación, más que cuestionar (y de ninguna manera es sinónimo de lloriquear). Los reclamos constructivos ocasionales benefician la relación, pues ayudan a la pareja a identificar problemas que necesitan ser discutidos y solucionados. Quejarse involucra varias de las estrategias que se describen en las siguientes secciones, como ser sensible cuando se expresa una inconformidad, hablar en primera persona y atenuar el reclamo con elogios. Las quejas se expresan con la expectativa de que el cambio constructivo sea benéfico para ambos compañeros. En cambio, las críticas causan daño, humillación, expresan desprecio o ganan un estatus dominante sobre el compañero. Con ellas a

menudo “se ataca la personalidad o el carácter de alguien, y no un comportamiento específico, por lo general culpando” (Gottman, 1994, p. 73). Los patrones de comunicación de la pareja manchados con expresiones de denigración, crítica y desprecio pueden dañar de manera profunda una relación. Más adelante en este capítulo estudiaremos con detalle los efectos de tales tácticas de comunicación negativa. Cuando las quejas son acerca de la intimidad sexual, pueden ser doblemente difíciles de expresar y recibir. Los integrantes de la pareja deberán pensar con sumo cuidado las estrategias más apropiadas y los obstáculos potenciales para conseguir su objetivo.

Estrategias constructivas para expresar quejas

Una consideración importante para verbalizar con eficacia una queja a su compañero es seleccionar el momento y el lugar apropiados.

Escoja el momento y el lugar adecuados

Cuando mi compañera expresa algo que la está molestando acerca de nuestra vida sexual, siempre es justo después de que hacemos el amor. Ahí estoy, relajado, abrazándola con buenos pensamientos, y ella destruye el momento con alguna crítica. No es que yo no quiera que ella exprese sus preocupaciones, pero el momento es terrible. Lo último que quiero escuchar después de hacer el amor es que pudo haber sido mejor. (Archivo de los autores.)

El desaliento de este hombre es obvio. La decisión de su compañera de expresar sus quejas justo después del arrebol de hacer el amor funciona en su contra. Él puede sentirse vulnerable y resentir que su buen estado de ánimo después del sexo se rompa por la posibilidad de una conversación difícil. Desde luego, otras parejas sienten, cuando están muy cercanas, que éste es un buen momento para externar sus preocupaciones.

Muchas personas, como la mujer del ejemplo, no escogen el mejor momento para hablar con su pareja. Mejor dicho, el momento las escoge a ellas: atacan cuando el problema se asoma en su mente. Aunque tratar de inmediato un problema puede tener beneficios, no siempre es la mejor estrategia. Las emociones negativas, como la



*“Si algo de nuestra relación te está molestando Lorraine,
¿por qué no lo dices?”*

© The New Yorker Collection 1990 Eric Teitelbaum from cartoonbank.com. All rights reserved.



© Peter M. Fisher/CORBIS

Escoger el momento y el lugar adecuados para expresar las preocupaciones sexuales puede facilitar la comunicación.

desilusión, resentimiento o ira pueden afectar la interacción constructiva. Debemos evitar expresar nuestros reclamos cuando la ira se encuentra en su punto máximo; aun cuando nuestra intención sea constructiva, el enfado puede afectar la búsqueda de soluciones. Sin embargo, a veces es necesario expresar enojo; al final de esta sección veremos cómo hacerlo de manera apropiada.

En la mayoría de los casos, no es buena idea tratar un problema cuando su pareja tiene poco tiempo o se siente cansada, estresada, preocupada, o cuando se encuentra bajo la influencia de drogas o alcohol. Trate de escoger un momento en el que ambos tengan tiempo, se sientan relajados y estén muy cerca uno del otro.

Una técnica pragmática para escoger el mejor momento es decirle a su pareja: "De verdad valoro nuestra relación sexual, pero hay algunos puntos que desearía platicar contigo. ¿Te parece que éste es un buen momento o hablamos más tarde?" Prepárese para cierta dosis de ansiedad. Si su compañero duda en hablar en esa ocasión, apóyelo y escoja otro momento o lugar. Sin embargo, es importante acordar cuándo tratarán sobre ese asunto, sobre todo si usted siente que él o ella prefiere eludir el tema.

Elegir el mejor lugar para expresar las preocupaciones sexuales puede ser tan importante como escoger el mejor momento. Para algunas personas sentarse en la mesa de la cocina mientras comparten una taza de café podría ser más cómodo que el lugar donde hacen el amor; otros prefieren hacerlo en la cama. Una caminata por el parque o un paseo en auto por el campo alejados de las posibles interferencias de un estilo de vida agitado podrían funcionar para usted. Trate de sentir las necesidades de su pareja. ¿Cuándo y dónde estaría más receptiva a sus peticiones de cambio?

Escoger el mejor momento y lugar para expresar una queja no asegura un resultado armonioso, pero de hecho mejora las posibilidades de que su pareja responda de manera favorable a su mensaje. El uso de otras estrategias constructivas también podría aumentar la posibilidad de una interacción benéfica. Una de éstas es combinar el reclamo con un halago.

Suavice las quejas con halagos

La estrategia de suavizar los reclamos con halagos se basa en el sentido común. Todos nosotros tendemos a responder bien a un cumplido, pero tendemos a no aceptar reconvenciones ni críticas. La técnica de combinar cumplido y queja es una buena manera de reducir el impacto negativo de la disconformidad. También brinda a su pareja una mayor perspectiva para evaluar la inconformidad, y reduce la probabilidad de que él o ella responda a la defensiva o con ira. Piense cómo reaccionaría a los siguientes comentarios, dependiendo de si son acompañados con halagos:

QUEJA SOLA

1. Siento que te inhibes cuando hacemos el amor.
2. Me estoy cansando de que apagues las luces cada vez que hacemos el amor.
3. Siento que hacemos el amor con poca frecuencia. Tal parece que el sexo no es tan importante para ti como lo es para mí.

QUEJA CON HALAGO

1. Me gusta que me respondas cuando hacemos el amor. Siento que sería mejor si tomaras la iniciativa de vez en cuando. ¿Te suena razonable?
2. Me encanta escuchar y sentir que reaccionas cuando hacemos el amor. También quiero verte responder. ¿Qué piensas si dejamos las luces encendidas algunas veces?
3. Me gusta hacer el amor contigo y me molesta que últimamente pareciera que no tenemos tiempo para ello. ¿Qué piensas de esto?

Es triste que casi todos nosotros hemos recibido quejas como las de la columna de la izquierda. Las reacciones comunes son ira, humillación, ansiedad y resentimiento. Aunque algunas personas responden a este tipo de reclamos prometiendo que harán mejor las cosas, esa respuesta es poco probable. Por otro lado, las quejas afirmativas como los ejemplos de la columna de la derecha tienen más probabilidades de estimular el esfuerzo al cambio. Tiene mucho de cierto el refrán que dice: “En general las personas están más motivadas a hacer mejor algo bueno, que a hacer bien algo malo.” Esto se aplica tanto a la actividad sexual como a cualquier otra área de la interacción humana.

Cuando expresamos inconformidades también es buena idea pedir retroalimentación. Sin importar los buenos deseos que ponemos a este difícil proceso, siempre existe la posibilidad de que nuestra pareja se quede en silencio o cambie el tema. Preguntarle cómo se siente acerca de nuestra petición de cambio ayuda a reducir esta posibilidad. (Note que todos los ejemplos de la columna de la derecha terminan en una solicitud de retroalimentación.)

? Pensamiento crítico

Algunas personas piensan que combinar halagos y quejas es una técnica manipuladora diseñada para inducir cambios en el comportamiento suavizando las peticiones con elogios que no son sinceros. ¿Está de acuerdo con este punto de vista? ¿Por qué sí o por qué no?

Evite las preguntas de “por qué”

La gente a menudo utiliza preguntas al estilo de “por qué” en sus esfuerzos por criticar o atacar a su pareja mientras evita toda la responsabilidad por lo que dice. ¿Alguna vez le han hecho alguna de las siguientes preguntas?

1. ¿Por qué no me haces el amor más seguido?
2. ¿Por qué no muestras más interés en mí?
3. ¿Por qué ya no te excitas conmigo?

Tales preguntas no tienen lugar en una relación amorosa. Son dañinas y destructivas. Más que transmitir simples solicitudes de información, por lo general transfieren mensajes ocultos de ira, donde el que habla no se atreve a comunicar con honestidad. Estas son tácticas de *golpear y correr* que causan que nos pongamos a la defensiva, y en muy pocas ocasiones inducen cambios positivos.

Expresa apropiadamente las emociones negativas

Ya vimos que es bueno evitar la confrontación con nuestra pareja cuando hay resentimiento o ira. Sin embargo, es probable que haya ocasiones en las que sintamos la necesidad de expresar sentimientos negativos. Si es así, algunas recomendaciones podrían ayudar a evitar una situación que puede ser explosiva en potencia.

Evite concentrar su ira en la *personalidad* de su pareja (“Eres una persona insensible”). En su lugar, trate de dirigir su insatisfacción hacia el *comportamiento* de su compañero (“Cuando no escuchas mis preocupaciones, pienso que no te importan y me siento triste”). Al mismo tiempo, exprese aprecio por su pareja como persona (“Eres muy importante para mí, y no me gusta sentirme así”). Esto reconoce que podemos sentirnos incómodos por su comportamiento, pero aun así seguir amándolo, una verdad que se pasa por alto pero que es muy importante.

Tal vez los sentimientos negativos se expresan mejor hablando en primera persona, más que con afirmaciones acusatorias y potencialmente explosivas. Considere las siguientes:

DECLARACIONES EN SEGUNDA PERSONA

1. No te importo.
2. Siempre me culpas por tus problemas.
3. No me amas.

DECLARACIONES EN PRIMERA PERSONA

1. A veces me siento ignorado, y eso hace que tenga miedo por los dos.
2. No me gusta que me culpes.
3. No me siento querido.

Las declaraciones en primera persona son revelaciones propias que expresan cómo nos sentimos sin culpar o atacar a nuestra pareja. En cambio, en segunda persona a menudo son como ataques a la personalidad de nuestro compañero o intentos de culparlo. Cuando expresamos una preocupación con una declaración en primera persona en lugar de usar el *tú*, es menos probable que éste se sienta criticado y que se ponga a la defensiva. Además, el uso de declaraciones en primera persona para expresar emociones como tristeza, dolor o temor le transmiten un sentido de nuestra vulnerabilidad. Para nuestra pareja puede ser más fácil responder a estas “suaves” expresiones emocionales que a acusaciones que expresen resentimiento, ira o disgusto.

Limite los reclamos a uno por sesión

Muchos de nosotros tendemos a evitar confrontaciones con nuestra pareja. Esta comprensible resistencia a lidiar con temas negativos puede provocar una acumulación de quejas no expresadas. En consecuencia, cuando por fin llegamos al punto en el que queremos decir algo, puede resultar difícil evitar destapar un montón de inconformidades que incluyen todo lo que está en nuestra lista de agravios. Tal respuesta, aunque es comprensible, sólo sirve para magnificar el problema más que para resolver los conflictos de la pareja, como se refleja en la siguiente anécdota:

Mi esposa deja que las cosas se le acumulen sin decirme cuando hago algo que ella desaprueba. Recuerda cada pequeño defecto imaginable y estalla fuera de toda proporción. Pero yo nunca me entero de nada hasta que ella ha acumulado una larga lista de quejas. Entonces me las lanza todas al mismo tiempo, usándolas como armas para hacerme sentir muy mal. En ocasiones escucho cosas que pasaron hace años. Ella se pregunta por qué no tengo nada que decir cuando termina de atacarme. ¿Pero qué haces cuando alguien te acaba de dar 10 o 20 razones de por qué tu relación con ella es tan mala? ¿A cuál respondes? ¿Y cómo puedes evitar sentirte molesto cuando alguien te embarra en la cara todos tus defectos, reales o imaginarios? (Archivo de los autores.)

Usted puede reducir la posibilidad de crear tal situación contraproducente en su propia relación limitando las quejas a una por sesión. Aun cuando tenga media docena que quiera expresar, tal vez sería mejor escoger una y dejar las otras para posteriores conversaciones.

Muchos de nosotros podemos sentir que una queja que se prolonga es difícil de escuchar, aun cuando es acerca de un solo tema. Cuando la exprese, sea conciso. Describa con brevedad el reclamo, dé uno o dos ejemplos y luego pare.

Recepción de quejas

Expresarle nuestras quejas al compañero es difícil; de igual manera, recibirlas de alguien a quien amas puede resultar una experiencia emocionalmente desgarradora. Sin embargo, es inevitable que las personas involucradas en una relación amorosa íntima necesiten expresar alguna queja en algún momento. La forma en que responda a ella puede afectar de manera significativa no sólo la inclinación de la pareja a compartir sin inhibiciones sus preocupaciones, sino también la probabilidad de resolverla de una forma que fortalezca la relación en lugar de debilitarla.

Cuando su pareja le presente una queja, tome unos momentos para ordenar sus pensamientos. Un par de inspiraciones profundas pueden ser una mejor respuesta inicial que decir: “¿Ah sí? ¿Y qué me dices de aquella vez cuando...?” Pregúntese: ¿Esta persona está tratando de darme información que puede ser útil? En una relación amorosa donde prevalece la empatía mutua, quizás usted podría ver el potencial de consecuencias positivas aunque acabara de recibir un mensaje doloroso. Usted podría responder a tal comunicación de diferentes maneras. Esperamos que alguna de las siguientes sugerencias lo ayude en tales circunstancias.

Acepte la queja y encuentre algún acuerdo

Quizás si usted se abre a las quejas, podrá ver el origen del problema. Suponga que su pareja se siente molesta por su horario de trabajo tan apretado y se queja de que usted no le está dedicando tiempo suficiente a la relación. Tal vez usted piense que su pareja está exagerando u olvidando todo el tiempo que han pasado juntos. Sin embargo, usted también sabe que este reclamo tiene una base. Puede ser útil reconocer la base diciendo algo como “Puedo entender que te sientas abandonada porque he estado muy preocupado por este nuevo trabajo”. Tal aceptación constructiva puede presentarse incluso si usted piensa que la inconformidad es injustificada. Al reaccionar de una manera en que acepte y apoye a su pareja, usted transmite el mensaje de que escucha, entiende y aprecia la base de su preocupación.



© Nancy Richmond/The Image Works

Responder de forma apropiada a una queja puede ayudar a fortalecer la relación.

Haga preguntas esclarecedoras

Su pareja podría expresar su queja de una forma tan vaga que usted necesitará aclararla. Si esto sucede, haga preguntas. Suponga que su pareja se queja de que usted no se toma el tiempo suficiente para hacer el amor. Usted podría responder preguntando: “¿Quieres decir que deberíamos pasar más tiempo acariciándonos antes del coito, o que debería esperar un poco más antes de llegar al orgasmo, o que deseas que te abrace por más tiempo después de haber tenido relaciones sexuales?”

Expresa sus sentimientos

Puede ser útil hablar de sus sentimientos como respuesta a una queja, en lugar de dejar que sus emociones dicten su respuesta. El reclamo de su pareja puede causarle ira, dolor o abatimiento. Convertir sus sentimientos en palabras en lugar de externarlos podría resultar más efectivo. Es poco probable que respuestas como gritar, salirse del cuarto, llorar o caer en la desesperación lleven a un diálogo productivo. En su lugar, podría ser útil decirle a su pareja: “Eso fue algo muy duro de escuchar, y me siento herido” o “Ahora me siento enojado, así que necesito parar, respirar profundamente y descifrar lo que estoy pensando y sintiendo”.

Enfóquese en los cambios que podría hacer

Una excelente manera de cerrar una discusión acerca de una queja es enfocarse en lo que los dos pueden hacer para mejorar las cosas. Quizás sea el momento de decir: “Mi nuevo trabajo es muy importante para mí, pero nuestra relación lo es mucho más. Quizás podamos apartar algunos momentos cada semana en los que dejemos las preocupaciones fuera del tiempo que estamos compartiendo juntos.”

Algunas personas acuerdan mejorar las cosas pero se niegan a platicar sobre cambios concretos que resolverían el problema que motivó la queja. Es muy importante tomarse el tiempo para identificar y acordar cambios específicos.

❶ Decir “no”

Muchos de nosotros tenemos dificultad para decir que no a otros. Nuestra molestia para comunicar este mensaje directo quizás se acentúa más cuando se aplica a áreas íntimas de la relación. Esto se refleja en las siguientes anécdotas.

En ocasiones mi pareja quiere que tengamos relaciones sexuales cuando yo sólo quiero estar cerca de ella. El problema es que no puedo decir que no. Tengo miedo de lastimarla y de que se enoje. Por desgracia, yo soy quien se enoja conmigo mismo por no ser capaz de expresar mis verdaderos sentimientos. En estas circunstancias el sexo no es muy bueno. (Archivo de los autores.)

Es difícil decir que no a un hombre que sugiere tener relaciones sexuales al final de una cita. Esto es particularmente cierto si pasamos un buen rato juntos. Uno nunca sabe si ellos van a mostrar esa mirada de perro medio muerto o si se pondrán furiosos y agresivos. (Archivo de los autores.)

Estas declaraciones revelan preocupaciones comunes que nos impiden decir que no. Podríamos creer que el rechazo lastimaría a la otra persona o la haría ponerse furiosa e incluso agresiva. Al manejarnos con tales temores podríamos tomar la decisión de que es menos estresante obedecer. Por desgracia esta actitud suele crear tales sentimientos negativos que la actividad compartida resultante podría ser menos placentera para ambas partes.

Muchos de nosotros no hemos aprendido que está bien decir que no. Quizás más importante: no hemos aprendido las estrategias para decirlo. En la siguiente sección veremos algunas formas útiles de decir que no.

Un método de tres pasos para decir que no

Para muchas personas ha sido útil tener un plan o estrategia definitiva en mente para decir que *no* a invitaciones a la intimidad. Tener una estrategia puede ayudarle a evitar ser tomado desprevenido, sin saber cómo manejar con tacto una situación que podría tornarse desagradable. Una técnica útil para usted consiste en tres pasos o fases:

1. Exprese aprecio por la invitación. (Por ejemplo, “Gracias por pensar en mí” o “Me da gusto saber que te agrado lo suficiente para invitarme”). Usted también podría validar a su interlocutor. (“Eres una buena persona”).
2. Diga que no de una manera clara e inequívoca. (“Preferiría que no hiciéramos el amor/no salir a bailar/que no tuviéramos una relación formal”).
3. Ofrezca una opción, si se puede. (“Sin embargo, me gustaría que saliéramos a almorzar algún día/darte un masaje en la espalda”).

Los aspectos positivos de esta técnica son evidentes. Primero indicamos nuestro aprecio por el interés mostrado hacia nosotros. Al mismo tiempo expresamos con claridad nuestro deseo de no aceptar la petición. Terminamos con una nota positiva ofreciendo una opción. Desde luego, este último paso no siempre es una alternativa (por ejemplo, cuando nos negamos a la petición de alguien con quien ya no queremos tener más contacto). Entre amantes, sin embargo, a menudo existen opciones aceptables para ambas partes.

Evite enviar mensajes mixtos

Decir que no en un lenguaje claro e inequívoco es esencial para el éxito de la estrategia que acabamos de describir. Sin embargo, cuando se trata de intimidad sexual muchos de nosotros mandamos mensajes mixtos acerca de lo que queremos y de lo que no queremos. Por ejemplo, considere a alguien que responde positivamente a la petición de su pareja para hacer el amor, pero luego pasa mucho tiempo en la tina del baño mientras la pareja que espera con paciencia se queda dormida. O considere a una persona que expresa su deseo de tener sexo pero en su lugar se queda embobado viendo la televisión. Estas personas están enviando mensajes mixtos que pueden reflejar su propia ambivalencia para involucrarse en relaciones sexuales.

Como se describe en la siguiente sección, muchos de estos mensajes que emitimos acerca de nuestros deseos sexuales son transmitidos de forma no verbal. Cuando nuestros mensajes no verbales parecen contradecir los verbales, la pareja puede tener dificultades para identificar nuestra verdadera intención. Por ejemplo, podemos decir que no estamos interesados en tener sexo pero entonces acariciamos a nuestra pareja

de una manera íntima, o podemos expresar deseo de tener sexo y no responder en el momento. En tales circunstancias, cuando nuestros mensajes verbales y no verbales parecen discordar, es difícil para nuestra pareja determinar lo que en realidad queremos comunicar. Además, cuando los componentes de comunicación verbales y no verbales son inconsistentes entre sí, por lo general prevalece el componente no verbal (Preston, 2005).

El efecto de tales mensajes mezclados no es deseable. El receptor a menudo se confunde acerca de las intenciones de la otra persona. Puede sentirse inseguro e incluso fuera de lugar (“¿Por qué no puedo definir lo que realmente quieres?”), y tales sentimientos pueden transformarse en ira (“¿Por qué tengo que adivinar?”) o separación. Estas reacciones son comprensibles. Dadas las circunstancias al enfrentar mensajes contradictorios, muchos de nosotros no sabemos qué hacer: ¿Actuar según el primer mensaje o según el segundo? Considere la siguiente anécdota:

En verdad me molesta que mi pareja diga que haremos el amor cuando llegue de la universidad, y entonces ella parece estar demasiado ocupada estudiando. Aunque fue sugerencia suya, en ocasiones me pregunto si ella de verdad tenía intenciones de hacer el amor. (Archivo de los autores.)

Sería útil para todos nosotros preguntarnos de vez en cuando si estamos enviando mensajes mixtos. Busque posibles inconsistencias entre sus comunicados verbales y sus acciones subsecuentes. ¿Su pareja parece confundida o insegura cuando interactúa con usted? Si usted descubre que está mandando un doble mensaje, decida cuál de los dos es el que realmente quiere enviar, y entonces exprese en un lenguaje claro. También sería útil determinar por qué está mandando mensajes mixtos.

Si usted es el que recibe este doble mensaje, sería útil que discutiera con su pareja a cuál de los dos debe prestar atención. Quizás su pareja se dé cuenta de su dilema y actúe para resolverlo. Si ésta no es capaz de reconocer la inconsistencia, puede ser útil expresar sus sentimientos de molestia y confusión como el recipiente de los mensajes conflictivos.

❶ Comunicación sexual no verbal

La comunicación sexual no se limita a las palabras. A veces, una caricia o una sonrisa pueden transmitir mucha información. El tono de la voz, los gestos, las expresiones faciales y los cambios en la respiración también son elementos importantes de tal comunicación.

Por lo general sé cuando mi pareja está de humor cariñoso. Hay una cierta suavidad en su rostro y una ronquera en su voz. Me acaricia más con sus manos, y casi parece que presenta su cuerpo de una manera más abierta y vulnerable. Hay algo de verdad en todo esto del lenguaje corporal. Muy pocas veces ella necesita verbalizar sus deseos de sexo porque por lo general capto el mensaje. (Archivo de los autores.)

En ocasiones, cuando quiero que mi pareja acaricie cierta parte de mi cuerpo, pongo esa parte más cerca de sus manos o sólo cambio de posición para que esa área esté más accesible. A veces, guío su mano con la mía para mostrarle el tipo de estímulo que quiero. (Archivo de los autores.)



© Adamsmith/Getty Images

Las expresiones faciales de emoción son un poderoso componente de la comunicación no verbal.

Estos ejemplos revelan algunas de las variedades de la comunicación no verbal, que tiene particular importancia en nuestra sexualidad. Enseguida dirigimos nuestra atención a cuatro componentes importantes de la comunicación sexual no verbal: expresiones faciales, distancia interpersonal, caricias y sonidos.

Expresiones faciales

A menudo las expresiones faciales comunican los sentimientos que una persona está experimentando. Aunque de hecho las expresiones de la gente varían, muchos de nosotros hemos aprendido a identificar las emociones a partir de las manifestaciones faciales. La compenetración y la intimidad entre amantes pueden aumentar la confiabilidad de esta habilidad.

Mirar la cara de nuestra pareja durante la actividad sexual nos puede dar una rápida lectura de su nivel de placer. Si vemos una mirada de completo éxtasis, debemos seguir dando el mismo tipo de estímulo. Sin embargo, si la mirada transmite algo menos que éxtasis, debemos intentar algo diferente o preguntarle a la pareja que nos dé una dirección verbal.

Las expresiones faciales también pueden brindar pistas útiles cuando hablamos de las preocupaciones sexuales con la pareja. Si demuestra ira, ansiedad u otra emoción de molestia, podría ser aconsejable tratar esta emoción de inmediato. (“Sé que estás enojada. ¿Podemos hablar al respecto?”). Por el contrario, una cara que demuestra interés, entusiasmo o aprecio puede estimularnos a continuar expresando un sentimiento o preocupación en particular. También es una buena idea estar pendiente de los mensajes no verbales que usted da cuando su pareja está compartiendo pensamientos o sentimientos con usted. En ocasiones, sin darnos cuenta cerramos un diálogo potencialmente útil cuando apretamos las mandíbulas o fruncimos el ceño en el momento menos adecuado.



© Daren Modicker/corbis

El espacio interpersonal reducido a menudo indica atracción y quizás un deseo de contacto más íntimo.

espaciales para señalar deseo de intimidad. Cuando su pareja se acerca y hace que su cuerpo esté disponible para recibir sus caricias, el mensaje de querer intimidad física (no necesariamente hacer el amor) es evidente. De igual manera, cuando se acurruca en el lado opuesto de la cama podría estar diciendo: “Por favor, no te acerques esta noche.”

Distancia interpersonal

Los psicólogos sociales y los especialistas en comunicación tienen mucho que decir acerca del *espacio personal*. La esencia de esta idea es que tendemos a mantener diferentes distancias entre nosotros mismos y la gente con quien tenemos contacto, dependiendo de nuestra relación (actual o deseada) con ella. El espacio íntimo en el que admitimos amigos cercanos y amantes restringe el contacto mucho menos que la distancia que mantenemos entre nosotros mismos y la gente que no conocemos o no nos gusta.

Cuando alguien trata de disminuir la distancia interpersonal, por lo general es interpretado como un signo no verbal de que él o ella se siente atraído hacia la otra persona o que le gustaría tener contacto íntimo con ésta. Por otro lado, si alguien se aleja cuando una persona se acerca, esta acción puede interpretarse como falta de interés o un tipo amable de rechazo.

Las parejas cuyo espacio interpersonal en general se encuentra al mínimo pueden usar estas pistas

Caricias (tacto)

El tacto es un poderoso vehículo de comunicación sexual no verbal entre parejas. Las manos pueden transmitir mensajes especiales. Por ejemplo, aumentar o disminuir el ritmo con el que acaricia la espalda de su pareja puede ser señal de deseo por una estimulación recíproca más o menos intensa. Acercar a su pareja a usted puede indicar su disposición para más contacto íntimo. En las primeras etapas de una relación, el tacto también puede ser utilizado para expresar el deseo de acercarse más.



© Robert Bremner/PhotoEdit

Cuando conozco a un hombre y me siento atraída hacia él, uso el tacto para transmitir mis sentimientos. Una caricia en el brazo para enfatizar un punto o dejar que mis dedos rocen su mano en la mesa, por lo general, hacen que se conozcan mis sentimientos. (Archivo de los autores.)

El tacto es un poderoso vehículo de comunicación sexual no verbal.

El tacto también puede desactivar la ira y sanar las heridas entre parejas separadas temporalmente. Como declaró un hombre:

He descubierto que una caricia suave dada con amor por mi pareja hace maravillas después de que hemos intercambiado palabras fuertes. Acariciarla es mi manera de restablecer la conexión. (Archivo de los autores.)

Sonidos

A mucha gente le gusta hacer y escuchar sonidos durante la actividad sexual. Algunos individuos se excitan con el sonido de la respiración, los gemidos, los quejidos y los gritos de orgasmo. Estos sonidos pueden ser buenos indicadores de cómo la pareja está respondiendo al acto sexual, y para algunas personas su ausencia es frustrante:

Mi hombre rara vez hace algún sonido cuando hacemos el amor. Esto para mí es muy molesto. De hecho, me quita la excitación. En ocasiones, no me doy cuenta de si ya eyaculó. Si no se moviera, pensaría que estoy haciendo el amor con un cadáver. (Archivo de los autores.)

Algunas personas hacen un esfuerzo consciente para evitar el sonido espontáneo durante el juego sexual. Al hacerlo, se niegan a sí mismas una forma de comunicación sexual no verbal que podría ser muy poderosa y placentera. Casi siempre su silencio deliberado también inhibe la excitación sexual en la pareja como ilustra el ejemplo anterior.

En esta sección acerca de comunicación sexual no verbal hemos visto que no todo tiene que ser hablado entre amantes. Sin embargo, las expresiones faciales, la distancia interpersonal, el tacto y los sonidos no pueden transmitir todas nuestras complejas necesidades y emociones a una relación cercana; las palabras también son necesarias. Un autor señaló: “Como complemento de la comunicación verbal, los actos y los gestos están bien. Como sustituto, no la hacen” (Zilbergeld, 1978, p. 158).

► Patrones de comunicación en relaciones exitosas y no exitosas

¿Qué dicen los estudios acerca de los patrones de comunicación en relaciones exitosas, satisfactorias y duraderas contra los patrones de comunicación en uniones infelices que

casi nunca perduran? Los estudios más informativos sobre los patrones de comunicación en las relaciones han sido conducidos por el psicólogo John Gottman y sus colegas (Gottman, 1994; Gottman y Silver, 2000; Gottman y colaboradores, 1998, 1999, 2003). Ellos utilizaron un multimétodo como modelo de investigación para construir una extensa base de datos extraída de muchos estudios realizados a parejas casadas (véase el capítulo 13 para la descripción de los métodos de investigación de Gottman). Gottman identificó un número de patrones de investigación que predicen la felicidad o infelicidad marital. Las parejas felizmente casadas resuelven los conflictos usando una variedad de tácticas de comunicación *constructiva*, que se describen en la siguiente sección.

Tácticas de comunicación constructiva de Gottman

Gottman identificó varias tácticas de comunicación constructiva. Ejemplos de ellas son: la nivelación y edición, la validación y el diálogo volátil.

Nivelación y edición

La *nivelación* significa expresar nuestros pensamientos y sentimientos de forma clara, simple y honesta, de preferencia en primera persona. Por ejemplo, Gary está molesto porque su pareja Susan rara vez inicia las relaciones sexuales. Gary podría decir: “Me encanta hacer el amor contigo, y me preocupa que la mayoría de las veces parece que es idea mía. No estoy seguro de qué significa esto.” Cuando empezamos a nivelarnos con nuestra pareja, también necesitamos editar lo que decimos. *Editar* significa no decir cosas que sabemos que pueden herir a nuestro compañero, o que tenemos que limitar nuestros comentarios a sólo brindar información relevante acerca del tema en cuestión. Aunque Gary pueda sentir enojo hacia Susan, sería contraproducente que dijera algo como: “Tu indiferencia para hacer el amor conmigo me confunde y me hace pensar cuál podría ser tu problema.” Tampoco sería de gran ayuda agregar comentarios irrelevantes al tema, como: “Y ya me cansé de ser quien hace todas las compras y decidir lo que vamos a comer.”

Validación

Validar significa decirle a su pareja que, dado su punto de vista, podemos entender por qué piensa o siente de la forma en que lo hace. Validar el punto de vista de la pareja no significa que invalidemos nuestra posición en relación con un tema dado. Más bien, estamos facilitando un diálogo constructivo reconociendo lo razonable de la preocupación de nuestro compañero. Por ejemplo, Susan podría responder a Gary diciendo: “De verdad me gusta cuando hacemos el amor, y puedo entender por qué piensas lo contrario, ya que por lo general dejo que tomes la iniciativa.”

Diálogo volátil

Incluso las parejas felices tienen problemas con ciertos temas, y el estudio de Gottman sugiere que cierto grado de conflicto es esencial para la felicidad duradera de una relación. Mientras que el estudio de los patrones de interacción de las parejas reportaba los niveles de satisfacción a lo largo del tiempo, Gottman y sus colegas hicieron un descubrimiento algo alarmante. Las parejas que tuvieron algunos conflictos y discusiones en las primeras etapas de su relación reportaron menos satisfacción que aquellas que discutieron ocasionalmente en las primeras etapas. Sin embargo, después de tres años la situación se volvió a la inversa, y las parejas que discutieron de vez en cuando reportaron más satisfacción en la relación que aquellas que evitaron las discusiones.

¿Cuál es la razón de estos hallazgos a simple vista paradójicos? Gottman sugiere que es muy probable que las parejas que no discuten tienden a ignorar los temas importantes que deben ser atendidos en vez de dejar que afecten la felicidad. Cuando los problemas no son discutidos ni resueltos, ambos compañeros albergan resentimiento y frustración que, cuando se dejan acumular, pueden ocasionar contrariedades. En cam-

bio, el conflicto en una relación juega el papel de identificar los temas que necesitan ser discutidos para que la unión sobreviva. Gottman descubrió que algunas de sus parejas duraderas utilizaron diálogos apasionados o volátiles para resolver los conflictos.

Tácticas de comunicación destructiva de Gottman

A partir de la observación de cientos de parejas, Gottman también identificó tácticas de comunicación destructiva. Entre éstas figuran: la crítica, el desprecio, la actitud defensiva, la indiferencia y la beligerancia.

Crítica

Como vimos antes, la crítica es diferente de la queja. La *crítica*, que incluye desprecio y denigración, puede dañar un vínculo amoroso. En cambio, quejarse puede ser saludable porque permite expresar la frustración e identificar temas que necesitan ser discutidos y resueltos. Las inconformidades pueden presentarse de manera efectiva hablando en primera persona y enfocándose en el tema, mientras que las críticas en general son un ataque hacia la personalidad de alguien donde se usa el lenguaje en segunda persona. Recibir una queja expresada como “Me siento frustrado porque nuestras relaciones sexuales se han hecho predecibles y rutinarias”, puede hacerlo sentir muy diferente que si la comunicara así “Tú siempre quieres hacer el amor de la misma manera”. Esta última declaración puede tomarse como un ataque personal que pone al receptor a la defensiva, lo que en definitiva no estimula el diálogo constructivo.

Desprecio

El *desprecio* es parecido a la crítica, pero degrada la comunicación a un nivel aún más intenso de negatividad agregando insultos, sarcasmo y “apodos” al comentario crítico. Por ejemplo, uno podría decir: “¡Eres tan limitado y cerrado en tu forma de hacer el amor y en la vida en general! ¿Cómo me pude juntar con una persona tan aburrida?” El desprecio también puede ser expresado de manera no verbal con gestos, entornando los ojos o ignorando el mensaje de la pareja. Esta táctica de comunicación negativa causa dolor emocional, y de nada sirve para remediar o resolver los problemas. En realidad, crea otros nuevos y provoca que el compañero se ponga a la defensiva; además, causa ira y resentimiento y, por lo tanto, daña la calidad de la relación.

Actitud defensiva

Es probable que una persona que se siente atacada en lo personal o victimizada por la crítica o el desprecio de su pareja responda con una *actitud defensiva*. Esto significa construir una defensa más que intentar discutir y resolver el problema. La actitud defensiva puede tomar la forma de respuestas autoprotectoras, como dar excusas, negar la responsabilidad o responder con críticas propias. Así, el receptor de la crítica despreciativa descrita con anterioridad podría responder diciendo: “¿Piensas que soy un amante aburrido? Mírate. ¡Lo único que te importa es tu propio placer y nunca me das oportunidad de decir lo que quiero! En esta situación uno de los compañeros ataca y el otro se defiende y contraataca. ¿Puede sobrevivir una relación con este tipo de tácticas? No es muy probable.

Indiferencia

La *indiferencia* ocurre cuando una persona concluye que cualquier respuesta a la crítica o a la queja de su pareja no será útil ni productiva y por lo tanto decide no responder. El indiferente simplemente pone un muro y se niega a comunicarse; responde con silencio saliéndose de la habitación, encendiendo el televisor, abriendo un libro y cosas parecidas. La táctica del silencio comunica desaprobación, distanciamiento y la creencia de que no se puede hacer nada para mejorar la situación. Así, es mejor no

decir nada. Es posible que una persona indiferente haya hecho esfuerzos infructuosos en anteriores ocasiones para neutralizar los ataques de su pareja y que por lo tanto piense que no vale la pena involucrarse en ese tipo de diálogos.

Beligerancia

La quinta táctica de comunicación destructiva es un tipo de interacción de confrontación “directa a la cara”, que surge cuando una relación sufre prolongados patrones de mala comunicación. La *beligerancia* a menudo representa un estilo de interacción provocadora que tiene la intención de reducir o retar el derecho de la pareja a influir en los patrones de interacción de su compañero. Por ejemplo, una persona beligerante podría decir: “¿Y qué si siempre quiero estar arriba cuando tenemos sexo? ¿Qué vas a hacer al respecto?”

Es claro que todas las cinco tácticas destructivas antes descritas dañan e interfieren con la comunicación de pareja en lugar de mejorarla. Es muy probable que tales estilos de comunicación aumenten los conflictos y la negatividad, disminuyan los intercambios positivos y causen una escalada de hostilidad en lugar de resolver los problemas. Las personas en una relación caracterizada por estos intercambios negativos y peligrosos podrían terminar por decidir que sería mejor darle fin a la relación, una conclusión respaldada por los hallazgos del estudio de Gottman que reveló que la tasa de supervivencia de tales parejas es muy baja.

Podemos concluir de la investigación sobre la comunicación de pareja que los compañeros que tiene relaciones satisfactorias duraderas se comunican de manera diferente de aquellas parejas infelices con relaciones a menudo no duraderas. Las estrategias de comunicación positiva no se limitan a las estudiadas en esta sección. Muchas de las estrategias descritas en este capítulo, cuando son incorporadas a la comunicación de pareja en cuanto al sexo y otros temas de pareja, son un indicativo de relaciones satisfactorias y duraderas.

R E S U M E N

¿Qué es el amor?

- Zick Rubin desarrolló un cuestionario de 13 reactivos para medir el amor.

Tipos de amor

- El amor apasionado se caracteriza por sentimientos intensos y vibrantes que tienden a durar poco.
- El amor de compañía se caracteriza por afecto y vínculos profundos.
- La teoría triangular de Robert Sternberg sostiene que el amor tiene tres componentes: pasión (el componente motivacional), intimidad (el componente emocional) y compromiso (el componente cognitivo). Diferentes combinaciones de estos tres elementos producen ocho diferentes tipos de amor.
- John Allan Lee propuso una teoría que describe seis estilos diferentes de amor: romántico, juguetón, posesivo, de compañía, altruista y pragmático.

Enamorarse: ¿por qué y de quién?

- Enamorarse ha sido explicado como el resultado de la necesidad de sobreponerse a un sentimiento de soledad, como el deseo de justificar involucramiento sexual o la atracción sexual.
- Los intensos sentimientos de estar apasionadamente enamorado podrían tener su fundamento en el aumento de los niveles de químicos cerebrales como norepinefrina, dopamina y en especial de feniletilamina (FEA). El paso de la pasión a la atracción profunda podría ser resultado del aumento gradual de endorfinas en el cerebro.
- Los factores que se sabe contribuyen en gran medida a la atracción interpersonal y al enamoramiento incluyen: cercanía, semejanzas, reciprocidad y atractivo físico. Con frecuencia desarrollamos relaciones amorosas con gente que vemos a menudo, con quienes compartimos creencias similares, con quienes se parecen a nosotros y a quienes percibimos como físicamente atractivos.

Amor y estilos de vínculos

- El modo en que formamos vínculos, que tiene sus raíces en la infancia, afecta sobremanera el cómo nos relacionamos con la persona amada.
- Los niños con vínculo de seguridad, que aprenden que los padres son una fuente de seguridad y confianza, demuestran una mayor competencia social que aquellos con vínculo de inseguridad, que están clasificados ya sea como ansioso-ambivalentes o evasivos.
- Los estilos de vínculo desarrollados durante la infancia continúan por toda la vida e influyen mucho en la capacidad de una persona para formar lazos amorosos, y la forma en que se relaciona con otros.
- Los adultos con vínculo de seguridad están mejor equipados para establecer uniones satisfactorias y estables. Ellos se sienten cómodos estando cerca de otros, se muestran seguros en las relaciones y no temen ser abandonados.
- Los adultos ansioso-ambivalentes a menudo tienen una imagen pobre de sí mismos, son inseguros en las relaciones y luchan con la ambivalencia acerca de la cercanía con otros.
- Los adultos evasivos se sienten incómodos con cualquier nivel de cercanía, tienen problemas para confiar o depender de una pareja y a menudo ven a otros de forma negativa.
- Las personas que forman pareja a menudo tienen estilos parecidos de vinculación. Las parejas más comunes incluyen compañeros con el mismo tipo de vínculo de seguridad.
- La gente con estilo de vínculo de seguridad reporta una mayor satisfacción en la relación, sobre todo si ambos compañeros tienen el mismo estilo.

Problemas en la relación amorosa

- Existen varias perspectivas sobre las conexiones entre el amor y el sexo. Muchos estudiantes en nuestras encuestas reportan que el amor enriquece las relaciones sexuales pero que no es necesario para disfrutar el sexo.
- De forma consistente, las mujeres relacionan el amor con el comportamiento sexual más que los hombres, pero las investigaciones indican que hombres y mujeres se parecen cada vez más en este punto.
- Los hombres homosexuales y las lesbianas, al igual que los heterosexuales, por lo general buscan amor, confianza y relaciones de cariño que abarquen muchas de las dimensiones de compartir, además de la intimidad sexual.
- Algunas personas consideran que los celos son una señal de amor, pero en realidad podrían expresar el temor a perder una posesión o el control sobre otra persona.
- Con frecuencia, los celos son un factor que precipita la violencia en matrimonios y relaciones de noviazgo.
- Los estudios indican que hombres y mujeres reaccionan de forma diferente ante los celos.

Mantener la satisfacción de pareja

- Los ingredientes que normalmente se encuentran presentes en una relación de amor duradera incluyen la aceptación de uno mismo y de la pareja, el aprecio mutuo, el compromiso, la buena comunicación, expectativas reales, intereses compartidos, igualdad en la toma de decisiones y la habilidad de enfrentar con eficacia los conflictos.

- A menudo, la variedad es un ingrediente importante del sexo placentero en una relación duradera. Sin embargo, para algunas parejas la seguridad de la rutina es más satisfactoria.

El valor de la comunicación sexual

- La comunicación sexual contribuye a la alegría y al placer de una relación sexual; cuando es infrecuente o ineficaz, es una razón común para que la gente se sienta insatisfecha con su vida sexual.
- Una excelente base para la comunicación sexual eficaz es la empatía mutua, el conocimiento de que cada miembro de la relación se preocupa por el otro y se sabe retribuido.
- La socialización de la infancia, caracterizada por la falta de comunicación de temas sexuales, puede contribuir a crear posteriores dificultades en la comunicación sexual con la pareja.
- Nuestro lenguaje se caracteriza por una ausencia conspicua de un efectivo y adecuado vocabulario sexual.
- Las diferencias entre el estilo de relacionarse con los demás que tiene hombres y mujeres puede dificultar la comunicación. Los hombres a menudo usan el lenguaje para dar consejos e información y mantener un estatus superior. En cambio, las mujeres por lo general usan el lenguaje para promover la cercanía y obtener y compartir la intimidad.
- Algunas personas se oponen a la comunicación sexual argumentando que interrumpe la espontaneidad o que lo puede colocar a uno en una posición de vulnerabilidad al juicio, a la crítica o al rechazo.

¿Cómo empezar a dialogar?

- A veces es difícil empezar a hablar de sexo. Algunas sugerencias útiles son: hablar acerca de *hablar*, leer sobre sexo y discutir el material, o bien, compartir relatos sexuales.

Escuchar y retroalimentarse

- La comunicación es más exitosa entre un oyente activo y un emisor eficaz.
- El oyente puede facilitar la comunicación manteniendo contacto visual con su interlocutor, dándole retroalimentación, expresando aprecio por sus esfuerzos de comunicación y manteniendo una actitud de consideración positiva incondicional.

Las necesidades de su pareja

- Los esfuerzos por comunicarse con la pareja sexual a menudo se dificultan por preguntas cuyas respuestas se limitan a un “sí” o a un “no”. Algunas opciones son las preguntas abiertas y las preguntas de esto o aquello.
- El *autodestape* puede facilitarle a una persona comunicar sus propias necesidades. Compartir fantasías comenzando con pequeños deseos puede ser un tipo de intercambio bastante valioso.
- Discutir las preferencias sexuales ya sea antes o después de un encuentro sexual puede ser benéfico.
- Dar permiso estimula a las parejas a compartir sus sentimientos abiertamente.

Aprender a hacer peticiones

- Hacer peticiones es más fácil cuando: 1) se acepta la responsabilidad del placer propio; 2) se hacen peticiones específicas, y 3) se habla en primera persona.

Expresar y recibir quejas

- Es importante seleccionar el momento y el lugar adecuados para manifestar las preocupaciones sexuales. Evite expresar las quejas cuando se sienta muy enojado.
- Las quejas a menudo son más eficaces cuando se atenúan con algún halago. Las personas por lo general están más motivadas a efectuar cambios cuando reciben elogios de sus fortalezas y además se les hace notar las cosas que necesitan mejorar.
- Las preguntas con un planteamiento de “por qué” y que culpan a la pareja no sirven para presentar quejas de manera constructiva.
- Es buena idea dirigir la ira hacia el comportamiento más que hacia la personalidad del individuo. La ira quizás se expresa mejor con declaraciones honestas en primera persona, más que con declaraciones acusatorias en segunda persona.
- Las relaciones se ven más beneficiadas cuando las quejas son limitadas a una por sesión.
- Reconocer que entendemos la base de la inconformidad de la pareja puede ayudar a establecer un sentido de empatía y llevar a un diálogo constructivo.
- Puede resultar de utilidad hacer preguntas aclaratorias cuando las quejas son vagas. Verbalizar con calma lo que sentimos cuando recibimos un reclamo evita los intercambios acalorados e improductivos.
- Un cierre excelente al recibir una queja es enfocarse en lo que se puede hacer para rectificar el problema en la relación.

Decir “no”

- Una estrategia de tres pasos para rechazar invitaciones de intimidad sexual es expresar aprecio por la invitación, decir que no de manera clara e inequívoca y ofrecer una opción, si existe.
- Para evitar enviar mensajes confusos, busque inconsistencias entre los mensajes verbales y sus acciones subsecuentes. A los receptores de estos mensajes puede serles de utilidad expresar su confusión y preguntar a cuál de los mensajes en conflicto se espera que respondan.

Comunicación sexual no verbal

- La comunicación sexual no está limitada a las palabras. Las expresiones faciales, la distancia interpersonal, las caricias y los sonidos también transmiten mucha información.
- El valor de la comunicación no verbal radica sobre todo en su habilidad para complementar, no reemplazar, la comunicación verbal.

Patrones de comunicación en relaciones exitosas y no exitosas

- Las tácticas de comunicación constructiva que contribuyen a la satisfacción y durabilidad de la relación incluyen nivelación y edición, validación y diálogo volátil.

- Las tácticas de comunicación destructiva incluyen crítica, desprecio, actitud defensiva, indiferencia y beligerancia. Tales tácticas llevan a aumentar los conflictos y la negatividad; causan una escalada de hostilidad y con frecuencia terminan con el fracaso de la relación.

Lecturas recomendadas

Ackerman, Diane (1994). *A Natural History of Love*. Nueva York: Random House. Famoso libro que brinda una exploración entretenida e informativa de las raíces históricas, culturales y biológicas del amor.

Gottman, John, y Nan Silver (2000). *The Seven Principles for Making Marriage Work*. Nueva York: Crown Publishers. Un análisis práctico e informativo acerca de la forma en que pueden aplicarse los estudios sobre los patrones de interacción marital para fortalecer las relaciones de pareja.

Hendrick, Clyde, y Susan Hendrick (2000). *Close Relationships: A Sourcebook*. Thousand Oaks, CA: Sage. Un vistazo informativo a la investigación sobre temas relacionados con la atracción, amor, intimidad, y desarrollo y mantenimiento de las relaciones.

Tannen, Deborah (2001). *You Just Don't Understand: Women and Men in Conversation*. Nueva York: Quill. Un libro que utiliza ejemplos vívidos para describir los diferentes estilos de conversación de hombres y mujeres.

Weber, Ann, y John Harvey (eds.) (1994). *Perspectives on Close Relationships*. Boston: Allyn y Bacon. Colección de artículos escolares que tratan varios puntos de la relación de pareja, como la atracción, el vínculo, el amor, la intimidad sexual y los celos.

Recursos en la Web

Sitio web CengageLearning

Visite www.cengage.com/highered para enlazarse con diversos recursos, como preguntas de repaso, actividades interactivas, vínculos con Internet, ejercicios de pensamiento crítico, foros de discusión y muchos otros servicios. También puede acceder a los sitios desde el Wadsworth Psychology Study Center (<http://psychology.wadsworth.com>) o conectarse directamente a los siguientes sitios:

Nota. Tenga en cuenta que este material es independiente del libro y que las páginas que lo contienen pueden ser modificadas o eliminadas sin previo aviso.

Relationship Issues

Aunque está dirigido a adolescentes, esta serie corta de páginas del sitio Planned Parenthood aborda preguntas acerca de las relaciones y la actividad sexual que muchos adultos jóvenes practican.

Sexual Communication

Esta página del sitio del Counseling Center at SUNY-Buffalo brinda útiles recomendaciones sobre cómo construir una comunicación positiva en la relación.

Communicating About Sex

Una presentación de diapositivas acerca de la comunicación sobre sexo e intimidad está disponible en el sitio de Houghton College.

The Human Awareness Institute

Una de las muchas agrupaciones privadas que ofrecen talleres para ayudar a las parejas a comunicarse de manera más efectiva y mejorar su relación. La información sobre estos talleres está disponible en el sitio.

The Couples Place

Este sitio ofrece información que puede ayudar a fortalecer las relaciones íntimas.

American Association for Marriage and Family Therapy

Brinda referencias a varias fuentes (libros, artículos, terapias) que pueden ayudar a resolver los problemas de la relación de pareja.



Sitio web de apoyo a la obra en inglés

Visite el sitio web de la obra (*Our Sexuality Book Companion Website*) en

<http://latinoamerica.cengage.com/crooks> y elija la décima edición de este libro. Haga clic en "Apoyo electrónico para el estudiante". Allí encontrará herramientas que le ayudarán a aprovechar al máximo su tiempo de estudio: encuestas de actitud, crucigramas, temas de ensayo, tarjetas mnemotécnicas de los principales conceptos y sus definiciones, un glosario general, preguntas de opción múltiple y falso-verdadero, vínculos con sitios web sobre temas relacionados con cada capítulo, bibliografía general y un examen final. Asimismo, encontrará un vínculo para comprar el acceso a más material suplementario en línea: CengageNow.



CengageNow ¡Exactamente lo que necesita saber AHORA!

Dedique tiempo a lo que necesita dominar, no a la información que ya aprendió. CengageNow es un paquete de recursos electrónicos que le ayudará en su aprendizaje. Realice una prueba preliminar del capítulo, y CengageNow generará un plan personalizado de estudio a partir de sus resultados. El plan identificará los temas que debe repasar y lo dirigirá a los recursos en línea que le servirán para dominarlos. Después efectuará una prueba para determinar los conceptos que ya aprendió y aquellos en los que todavía debe trabajar. Visite el sitio www.cengage.com/login si ya tiene su código de acceso. Si no cuenta con él, siga el vínculo *Buy Now*. Escriba *Our Sexuality* en el campo de título. Elija la décima edición de este libro. Haga clic sobre la opción *CengageNow*. Se desplegará una solicitud de acceso y los precios en dólares americanos.



Biblioteca en línea InfoTrac College Edition

Investigue si su institución cuenta con un convenio de uso de InfoTrac, una de las mejores y más vastas bibliotecas en línea del mundo en el ámbito educativo. Conéctese a www.cengage.com/login para acceder a InfoTrac College Edition, biblioteca de consulta en línea que contiene multitud de revistas, muchas exclusivamente sobre la sexualidad humana: *Archives of Sexual Behavior*; *Archives of Sexual Health Behavior*; *Canadian Journal of Human Sexuality*; *Hispanic Journal of the Behavioral Sciences*; *Journal of Cross-Cultural Psychology*; *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*; *Journal of Sex Research* y *Sex Roles*.

C A P Í T U L O 8

capítulo 8

► Celibato

¿Cuáles son las ventajas y las desventajas del celibato?

► Sueños y fantasías eróticos

¿Cuáles son algunas de las funciones que cumplen las fantasías sexuales?

¿Cómo difieren las fantasías sexuales entre hombres y mujeres?

► Masturbación

¿Cómo han cambiado las opiniones acerca de la masturbación desde 1800?

► Expresión sexual: la importancia del contexto

¿Qué manifestaciones del comportamiento sexual llevan a un contexto positivo o negativo?

► Besar y acariciar

¿Por qué son tan importantes las caricias?

► Estimulación oral-genital

¿Cuáles son los términos técnicos para la estimulación oral de una mujer y un hombre?

¿Cómo han cambiado las actitudes con respecto al sexo oral a lo largo del tiempo?

► Estimulación anal

¿Qué tan común es el sexo anal?

¿Qué precauciones son importantes al practicarlo?

► Coito y posiciones sexuales

¿Cuáles son algunas de las diferentes posiciones para el sexo?

¿Cuál es un elemento importante del sexo tántrico?

Conductas sexuales



Stuart Pearce/A.G.E. Foto Stock/FirstLight

Mi sexualidad ha tenido diferentes dimensiones a lo largo de toda mi vida. La masturbación en mi infancia era un deseo secreto y una culpa que nunca quise admitir ante el sacerdote durante la confesión. "Jugar al doctor" era intrigante y emocionante por el atrevimiento. Las horas de besos y caricias ardientes de mis años de adolescencia y mis primeros años de la universidad moldearon mi despertar sexual. Mi primera experiencia sexual fue con un novio al que amaba y en el que confiaba. Fue una experiencia física y emocional profunda; 30 años después el recuerdo aún me da placer. Como adulta joven en los años 1960 y 1970, mi expresión sexual se alternaba entre sexo por diversión y celibato. Dentro del matrimonio, la comodidad y los retos del compromiso; combinar el sexo con un intenso deseo de quedar embarazada; la experiencia del embarazo, dar a luz y cuidar a mi bebé expandieron en gran medida los parámetros de mi sexualidad. Ahora, en mi esfuerzo por equilibrar la familia, la carrera, los intereses personales y las citas en el salón de belleza, mi sexualidad se ha convertido en un callado murmullo en la lejanía. Espero mi jubilación para tener el tiempo y la energía de hacer algo más que tomar café y recibir un beso en las mañanas. (Archivo de los autores.)

Expresamos nuestra sexualidad de muchas maneras. Las emociones y los significados que vinculamos a nuestro comportamiento sexual también varían ampliamente. En este capítulo estudiaremos la importancia del contexto en la expresión sexual y describiremos varias conductas al respecto. Consideraremos primero a los individuos y luego el comportamiento sexual de las parejas. Comenzamos con un análisis del celibato.

◉ Celibato

Una persona físicamente madura que no mantiene un comportamiento sexual se dice que está en *celibato*. Cuando una persona está en **celibato completo**, ni se masturba ni tiene contacto sexual con otra persona. Si se trata de un **celibato parcial**, el sujeto se masturba pero no tiene contacto sexual interpersonal. Por lo general, el celibato no está considerado como una forma de expresión sexual. Sin embargo, cuando representa una decisión consciente de no tener comportamiento sexual, esta decisión en sí misma es una expresión de la sexualidad y puede manifestar la inteligencia sexual de la persona. El celibato o abstinencia puede ser una opción viable hasta que el contexto de una relación sexual sea apropiado y positivo para determinado individuo.

A esta conducta se le asocia de manera más común con la devoción religiosa; ingresar a una orden eclesiástica o convertirse en sacerdote o monja por lo general demanda un voto de celibato. El ideal del celibato religioso es transformar la energía sexual en servicio a la humanidad (Abbott, 2000). La madre Teresa de Calcuta y Mahatma Gandhi en la India ejemplificaron este ideal y son admirados por su liderazgo moral (Sipe, 1990).

Históricamente, algunas mujeres lo han adoptado para liberarse de las limitaciones de los esperados roles de género del matrimonio y la maternidad. En la Edad Media, las mujeres podían obtener una educación si se hacían monjas. En un convento, las monjas tenían acceso a las bibliotecas y podían relacionarse con teólogos estudiados. Las mujeres laicas tenían prohibidos tales privilegios. Isabel I, la Reina Virgen de Inglaterra, evitó el matrimonio para mantener su poder político, aunque tuvo varios romances no consumados durante su reinado. Ella consideró propuestas de muchos pretendientes influyentes debido a sus propios intereses políticos y se sometió a repetidas inspecciones de la corte para confirmar su virginidad (Abbott, 2002).

En la actualidad existen muchos factores que pueden llevar a las personas al celibato. Algunas escogen ser célibes hasta el matrimonio debido a creencias religiosas o morales. Otras mantienen la abstinencia hasta satisfacer sus criterios personales para una buena relación sexual. Algunas la escogen luego de haber experimentado confusión o desilusión en una relación sexual y desean pasar más tiempo establecien-

Celibato completo Una expresión de la sexualidad en la cual un individuo no tiene ni masturbación ni contacto sexual interpersonal.

Celibato parcial Una expresión de la sexualidad en la que un individuo no tiene contacto sexual interpersonal, pero sí continúa con la masturbación.

do nuevas relaciones sin la complicación de la interacción sexual (Elliot y Brantley, 1997). Un hombre de 28 años explicó:

Hubo un periodo de mi vida, no hace mucho, en que estuve en abstinencia por casi cuatro años. He estado de los dos lados de la infidelidad y comencé a darme cuenta de que el sexo no era sólo algo que quería o podía tener a la ligera. Los sentimientos que pueden surgir de una relación física son demasiado poderosos para jugar con ellos. Tenía mucho miedo de resultar herido de nuevo o quizás de herir a alguien, así que decidí no tener relaciones con nadie. (Archivo de los autores.)

En ocasiones, una persona puede estar tan imbuida en otros aspectos de su vida, que el sexo no es una prioridad. Las consideraciones sobre la salud, como las preocupaciones acerca del embarazo o infecciones de transmisión sexual, pueden llevar a la decisión de no tener relaciones sexuales.

Para algunas personas, un periodo de celibato suele ser gratificante. A menudo pueden reenfocarse en ellas mismas durante tal periodo, explorar el darse placer a sí mismas, aprender a valorar su soledad, autonomía y privacidad; o dar prioridad al trabajo y los compromisos no sexuales de la relación. Las amistades pueden adquirir una nueva dimensión de satisfacción. De las muchas opciones de la expresión sexual, el celibato ha sido una de las más difíciles de comprender por el común de la gente. Sin embargo, puede constituir una opción personal valiosa.

➊ Sueños y fantasías eróticos

Algunas formas de experiencias sexuales ocurren en la imaginación de la persona con o sin comportamiento sexual. Son sueños y fantasías eróticos, o sea, experiencias de la mente que surgen de nuestra imaginación o de nuestras experiencias personales, o que son estimuladas por libros, dibujos, fotografías o películas.

Sueños eróticos

Los sueños eróticos, que en ocasiones originan orgasmos, pueden ocurrir durante el sueño sin que se esté consciente de ello. Un estudio encontró que 93 % de los hombres y 86 % de las mujeres reportaron tener sueños eróticos (Schredl y colaboradores, 2004). Alguien podría despertar durante uno de estos eventos y notar signos de excitación sexual: erección, lubricación vaginal o movimientos pélvicos. También puede haber orgasmo durante el sueño, conocido como **orgasmo nocturno**. Cuando ocurre, el hombre nota que eyacula, de aquí el término *sueño húmedo* o *emisión nocturna*. Las mujeres también tienen orgasmos durante el sueño, pero puede ser más difícil de determinar por la ausencia de evidencia visible. Las que tienden más a tener orgasmos durante el sueño también reportan una alta frecuencia de relaciones sexuales y de orgasmo por masturbación, a diferencia de quienes tienden menos a tener orgasmos nocturnos (Wells, 1983).

Fantasía erótica

Las fantasías eróticas ocurren, por lo general, mientras ilusionamos despiertos, durante la masturbación o en encuentros sexuales con una pareja. Una revisión sobre diversas investigaciones encontró que cerca de 95 % de hombres y mujeres reportó haber tenido fantasías sexuales (Leitenberg y Henning, 1995). Al comparar el contenido de las fantasías de homosexuales y heterosexuales, se encontraron más semejanzas que diferencias, dejando a un lado el sexo de la pareja imaginada (Leitenberg y Henning, 1995).

Orgasmo nocturno
Orgasmo involuntario durante el sueño.



MOMMA, por Mel Lazarus. Con autorización de Mel Lazarus y Creators Syndicate, Inc.

Funciones de la fantasía

Las fantasías eróticas cumplen muchas funciones. Primero, pueden ser una fuente de placer y excitación. Los pensamientos eróticos en general sirven para aumentar la excitación sexual durante la masturbación y las relaciones íntimas con la pareja. También pueden ayudar a las personas a vencer la ansiedad y a facilitar el funcionamiento sexual o a compensar una cierta situación negativa. De igual manera, pueden ser una forma de ensayar y anticipar mentalmente nuevas experiencias sexuales. Imaginar miradas seductoras, ese primer beso, o una nueva posición sexual ayuda a la persona a implementar tales actividades con mayor comodidad (Leitenberg y Henning, 1995).

Las fantasías sexuales permiten una expresión tolerable de “deseos prohibidos”. El que una actividad sexual en una fantasía sea algo prohibido, lo hace más emocionante. Las personas que tienen una relación sexual exclusiva pueden fantasear acerca de amantes pasados u otras personas hacia las cuales se sintieron atraídos, aunque estén comprometidos con una sola pareja sexual. En una fantasía el individuo puede experimentar sexo grupal, relaciones sexuales de orientación cruzada, encuentros breves con extraños, relaciones eróticas con amigos y colegas, experiencias incestuosas, sexo con animales o cualquier otra actividad imaginable, sin de verdad tenerla.

Otra función de la fantasía erótica puede ser la de brindar alivio a las expectativas desasociadas con un rol de género (Pinhas, 1985). Las fantasías de las mujeres a ser el agresor sexual y las de hombres a ser forzados a tener sexo pueden ofrecer opciones a los roles estereotipados. En su primer libro acerca de las fantasías sexuales masculinas, Nancy Friday reportó que uno de los principales temas es la renuncia del hombre al control en favor de la pasividad.

Puede parecer sano y elegante que uno sea siempre el que escoge a la mujer, quien decide cuándo, dónde y cómo se desarrollará el juego en la habitación. ¿Pero no es el rol de ella más seguro? El hombre es como alguien que ha sugerido un nuevo restaurante a los amigos. ¿Qué pasa si no cumple con las expectativas que él ha creado? La postura de macho hace que el hombre sea el actor principal. El costo oculto es que la mujer queda en el rol de crítica (Friday, 1980, p. 274).

Las estudios indican que por cada hombre que fantasea con ser forzado a tener sexo (Knafo y Jaffe, 1984; Maltz y Boss, 1997), hay casi dos mujeres que comparten esa fantasía. Aunque la ficción de ser forzado a tener sexo brinda una opción para las expectativas de rol de género de los hombres, el mismo tipo de fantasía tiene otros significados para las mujeres. Para ellas, que a menudo aprenden a tener sentimientos mezclados respecto del sexo, este tipo de ilusión brinda aventuras sexuales libres

de la responsabilidad y la culpa de la selección personal. Un estudio descubrió que las mujeres que reportaron tener fantasías de ser forzadas a tener sexo tenían más sentimientos positivos acerca del sexo en general que las que no tuvieron ese tipo de imaginación. El estudio también mostró que las fantasías de sexo forzado no son una indicación de haber sufrido experiencias de abuso en el pasado. Es importante señalar que el disfrute de este tipo de imágenes no significa que las mujeres en realidad quieran ser violadas (Gold y colaboradores, 1991). Una mujer tiene el control de sus fantasías, pero como víctima de un ataque sexual no lo tiene.

Semejanzas y diferencias entre las fantasías sexuales de hombres y mujeres

Las fantasías de hombres y mujeres tienen algunos aspectos en común. Primero, su frecuencia es similar en ambos sexos durante la actividad sexual con la pareja (Leitenberg y Henning, 1995). Segundo, tanto hombres como mujeres indican un amplio rango de contenido en sus fantasías. Una revisión sumaria de éste en hombres y mujeres heterosexuales (Leitenberg y Henning, 1995) encontró diferencias notables:

- Las fantasías de los hombres son más activas y se enfocan más en el cuerpo de la mujer y en lo que quieren hacer con él, mientras que las de las mujeres son más pasivas y se centran más en el interés del hombre por su cuerpo.
- Las fantasías sexuales de los hombres se enfocan más en actos sexuales explícitos, cuerpos desnudos y gratificación física, mientras que las mujeres utilizan más contexto emocional y romance.
- Los varones tienden más a fantasear acerca de varias parejas y sexo en grupo que las mujeres.
- Los hombres muestran una mayor tendencia a tener ficciones de dominio, mientras que las mujeres tienden a exhibir fantasías de sumisión.

Las fantasías: ¿ayuda u obstáculo?



Salud sexual

Las fantasías eróticas por lo general son consideradas un aspecto saludable y útil de la sexualidad (Renaud y Byers, 2001). Las personas que sienten menos culpa por sus fantasías eróticas durante el coito reportaron mayores niveles de satisfacción y funcionamiento sexual que los otros que sintieron más culpas (Cado y Leitenberg, 1990). Las fantasías sexuales ayudan a muchas mujeres a tener excitación y orgasmo durante la actividad sexual, y un déficit de fantasías eróticas por lo general se presenta junto con problemas de bajo deseo y excitación (Boss y Maltz, 2001). Muchos terapeutas sexuales estimulan a sus pacientes a utilizar sus fantasías sexuales como fuente de estimulación para ayudarles a aumentar el interés y la excitación.

Aunque gran parte de los estudios disponibles respalda la imaginación erótica como algo útil, las fantasías sexuales también han sido consideradas como síntoma de malas relaciones sexuales u otros problemas personales (Perel, 2003). Algunos hombres tienen dificultades para llegar al orgasmo durante el coito debido a que las fantasías sexuales idiosincrásicas que requieren para la excitación intensa son discordantes con el comportamiento sexual de la pareja (Perleman, 2001). Fantasear en privado durante el sexo con una pareja puede dañar la intimidad en la relación. Una investigación encontró que los estudiantes universitarios tenían un doble estándar acerca de sus propias ficciones sexuales comparado con el que tenían sus parejas. Los participantes de ambos sexos en el estudio pensaban que fantasear acerca de alguien más que no fuera su pareja era algo normal y que no afectaba la exclusividad de la relación. Sin embargo, la idea de que su pareja fantaseara acerca de otra persona hizo que los participantes se sintieran celosos y amenazados, como si fuera una forma de infidelidad. La ficción más amenazante que una pareja podía tener era acerca de un amigo en común o un compañero de clases, más que una fantasía acerca de alguien

que en realidad no era visto como rival, por ejemplo una estrella de cine (Yarab y Allgeier, 1998).

Los individuos que han sufrido abuso sexual de niños, en ocasiones se ven afectados por fantasías sexuales no deseadas. El desarrollo de nuevas imagerías basadas en la autoaceptación y relaciones amorosas puede ser parte de la sanación para estos individuos (Boss y Maltz, 2001). Al igual que con muchos otros aspectos de la sexualidad, lo que determina si la fantasía es útil o no para una relación es su significado y el propósito que tiene para los individuos involucrados.

Algunas personas deciden incorporar una fantasía determinada a su comportamiento sexual con la pareja. Hacerla realidad puede ser placentero; sin embargo, si es incómodo para el compañero o tiene posibles consecuencias negativas, conviene considerar las ventajas y desventajas de llevarla a cabo. Para algunas personas las fantasías son más emocionantes cuando se quedan en la imaginación, y son decepcionantes cuando se realizan. Diversas actividades de Internet constituyen un paso intermedio entre la fantasía privada y el comportamiento verdadero. Compartir y desarrollar imagerías sexuales en línea (en salas de *chat*, durante juegos eróticos electrónicos y con cámaras de red) significa revelarlas por lo general a extraños. Resulta interesante que hablar de fantasías en línea con extraños ayude a algunos individuos a que se atrevan a expresar sus pensamientos e intereses sexuales privados a sus correspondientes parejas.

En algunos casos, las fantasías pueden hacer que una persona actúe de una manera que dañe a otros. Esto constituye una gran preocupación en el caso de atacantes sexuales contra niños o adultos. Una persona que piense que corre el riesgo de cometer estos actos debe buscar ayuda psicológica profesional. ■

► Masturbación

En este libro, el término **masturbación** se utiliza para describir la autoestimulación de los genitales con el fin de obtener placer sexual. *Autoerotismo* es otro término que se usa para referirse a esta práctica. Estudiaremos algunas perspectivas y propósitos de la masturbación, así como algunas técnicas específicas usadas en ella.

Masturbación

Estimulación de los propios genitales para producir placer sexual.

Perspectivas de la masturbación

La masturbación ha sido una fuente de preocupación sexual y censura a lo largo de la historia judeocristiana. Esto ha provocado desinformación, vergüenza y miedo personales considerables. Muchas de las actitudes negativas hacia esta conducta se originaron en las primeras perspectivas judías y cristianas de que la procreación era el único propósito legítimo del comportamiento sexual. Como obviamente la masturbación no produce concepción, fue condenada (Wiesner-Hanks, 2000). A mediados del siglo XVIII, los “demonios” de la masturbación recibieron mucha publicidad en nombre de la ciencia debido sobre todo a los escritos de un médico europeo llamado Samuel Tissot. Él creía que el semen estaba hecho de sangre y que su pérdida debilitaba la salud, y escribió acerca de los efectos dañinos que el “autoabuso” tenía para el cuerpo y la mente. Este punto de vista influyó en las actitudes sociales y médicas de Europa y América del Norte por generaciones, como se reflejó en una “enciclopedia” de salud que en 1918 describía los siguientes “síntomas” de la masturbación:

La salud se ve visiblemente afectada con la manifestación de una debilidad general... Los ojos se enrojecen, hay ceguera, estupidez, adelgazamiento, dolores de columna, demacración, emisiones seminales involuntarias, pérdida de la energía, locura e idiotez: la ruina desesperanzada del cuerpo y de la mente. (Wood y Rudock, 1918, p. 812.)

En los años 1800, la abstinencia sexual, los alimentos simples y el acondicionamiento físico eran considerados cruciales para la salud. El reverendo Sylvester Graham, quien promovía el uso de harinas integrales y cuyo nombre sigue unido a las galletas Graham,

escribió que la eyaculación reduce preciosos “fluidos vitales”. Pidió a los hombres abstenerse de la masturbación e incluso del coito marital para evitar la degeneración moral y física. John Harvey Kellogg, médico, llevó más allá el trabajo de Graham y desarrolló la hojuela de maíz para ayudar y prevenir la masturbación y el deseo sexual (Kellogg pensaba que la comida insípida disminuía los deseos sexuales). Otras técnicas para controlar la masturbación eran: vendar los genitales, amarrarse las manos por las noches, extirpación del clítoris, aplicación de ácido carbólico en el clítoris y cerrar el prepucio mediante sutura o aparatos mecánicos (Planned Parenthood Federation of America, 2003a).

Freud y muchos otros psicoanalistas de la época reconocieron que la masturbación no causa ningún daño a la salud, y la consideraron como algo normal durante la infancia. Sin embargo, creían que en la edad adulta podía provocar un desarrollo sexual inmaduro y la incapacidad de tener buenas relaciones sexuales. En cambio, los estudios contemporáneos indican que la masturbación no es ni benéfica ni dañina para el ajuste sexual en los adultos jóvenes (Leitenberg y colaboradores, 1993).

En la actualidad, las perspectivas reflejan creencias conflictivas acerca de la masturbación, y parte de la condena tradicional aún persiste. En 1976, el Vaticano publicó una “declaración sobre ciertos temas concernientes

a la ética sexual” que describía la masturbación como un grave problema intrínseco. Esta perspectiva fue mantenida en 1993 por el papa Juan Pablo II, quien la condenó como inaceptable para la moral. Muchos fundamentalistas cristianos comparten este punto de vista. De hecho, algunos individuos se abstienen de esta práctica debido a sus creencias religiosas.

Yo no me masturbo porque he aprendido de mi Iglesia y de mis padres que el amor sexual en el matrimonio es una expresión del amor de Dios. Cualquier otro tipo de sexo disminuye el significado que tendría con mi esposa. (Archivo de los autores.)

? Pensamiento crítico

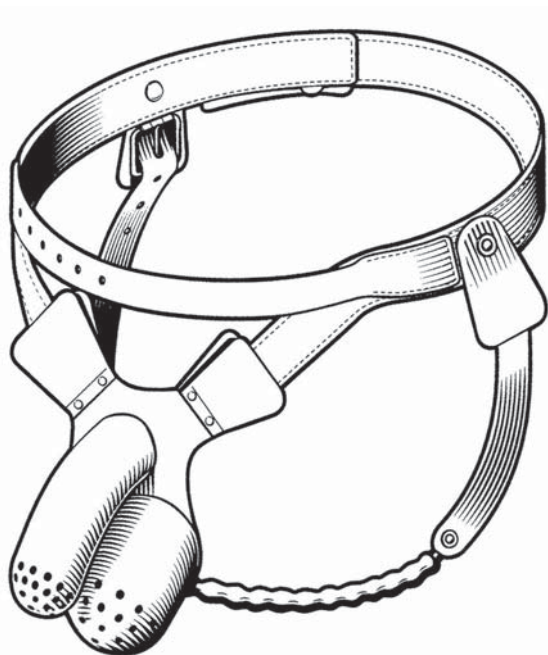
¿Cree usted que las leyes en contra de la venta de juguetes sexuales son un ejemplo de la falta de inteligencia sexual?

La condena a la masturbación también se entromete en políticas públicas, como se describe en el recuadro “Si los vibradores son ilegales, entonces sólo los ilegales tendrán vibradores”. En cambio, muchos la ven como un aspecto positivo y saludable de la sexualidad. Por ejemplo, Betty Dodson, autora de *Liberating Masturbation*, escribe:

La masturbación, desde luego, es nuestra primera actividad sexual natural. Es la forma en que descubrimos nuestro erotismo, respondemos sexualmente y aprendemos a amarnos a nosotros mismos y a fomentar la autoestima. (Dodson, 1974, p. 13.)

Propósitos de la masturbación

La gente se masturba por diferentes razones, incluyendo el placer de la excitación y el orgasmo. La razón que se reporta con mayor frecuencia es para aliviar la tensión sexual (Michael y colaboradores, 1994). La masturbación también es un valioso mé-



From *American Sex Machines*. Copyright © 1996, Hoag Levins. Utilizado con autorización de Adams Media. Todos los derechos reservados.

Esta bolsa metálica con correas de cuero, patentada en 1910, fue diseñada para evitar la masturbación entre los pacientes de hospitales psiquiátricos.

todo de autoexploración. La educadora sexual Eleanor Hamilton la recomienda a los adolescentes como una manera de aliviar la tensión y sentirse “cómodos con sus propios órganos sexuales” (1978, p. 33). De hecho, se puede aprender mucho de las respuestas sexuales propias a partir de esta práctica. A menudo la autoestimulación es útil para las mujeres que están aprendiendo a experimentar orgasmos y para los hombres que están experimentando con sus patrones de respuesta a fin de aumentar el control eyaculatorio. (Estudiaremos la masturbación como una herramienta para aumentar la satisfacción sexual en el capítulo 14.) Por último, a algunos les ayuda a conciliar el sueño, ya que las mismas sensaciones de relajamiento que se presentan después de un encuentro sexual también pueden acompañar al autoplacer (Ellison, 2000). ■

A veces, la satisfacción de una sesión autoerótica puede ser más gratificante que un encuentro sexual interpersonal, como lo ilustra la siguiente cita:

Yo siempre pensé que la masturbación era una expresión sexual de segunda mano. Una vez, luego de reflexionar sobre las actividades del día después de una experiencia masturbatoria matutina en verdad placentera y una experiencia insatisfactoria con la pareja esa tarde, me di cuenta de que los términos primera y segunda mano son muy relativos. (Archivo de los autores.)

Algunas personas descubren que la liberación sexual disponible a través de la masturbación pueden ayudarlas a tomar mejores decisiones acerca de relacionarse sexualmente con otras personas. Además, dentro de una relación la autoestimulación puede ayudar a equilibrar los efectos del interés sexual desigual. También puede ser una experiencia compartida:

Cuando tengo ganas de sexo y mi pareja no, él me abraza y me besa mientras me masturbo. También, a veces después de hacer el amor me gusta masturbarme mientras él me abraza. Es mucho mejor que hacerlo a escondidas en el baño y sola. (Archivo de los autores.)

Una preocupación común acerca de la masturbación es “hacerlo demasiado”. La ➡ **tabla 8.1** muestra la frecuencia con que la practican estudiantes universitarios. Incluso en documentos donde se dice que ésta es algo normal, se menciona que si se hace “en exceso” no es saludable. Casi nunca se presenta una definición de qué es el *exceso*. Si una persona se masturbara tanto que ello interfiriera significativamente con cualquier aspecto de su vida, habría motivo de preocupación. Sin embargo, en ese caso la masturbación sería un síntoma de un problema mayor, más que el problema en sí mismo. Por ejemplo, alguien con una ansiedad emocional intensa podría utilizarla como una forma de aliviar esa ansiedad o de sentirse bien. El problema en este caso es la intensa ansiedad emocional, no la masturbación. ■

La mayoría de los hombres y mujeres, casados y no casados, se masturban de vez en cuando. Las mujeres tienden a hacerlo más después de los 20 años que durante la

? **Pensamiento crítico**

¿Qué piensa que los padres deben decirle a sus hijos acerca de la masturbación?

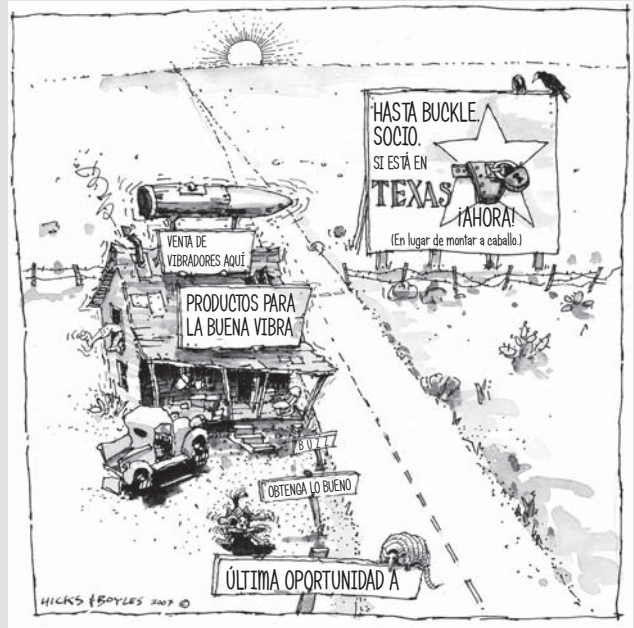
➡ **TABLA 8.1** **Dos mil estudiantes universitarios respondieron a la pregunta: ¿Con qué frecuencia te masturbas?**

	Hombres (%)	Mujeres (%)
Dos o más veces por semana	50	16
Menos de dos veces por semana pero más que nunca	38	44
Nunca	12	40

Fuente: Elliot y Brantley (1997).

Si los vibradores son ilegales, sólo quienes violan la ley tendrán vibradores

La creencia de que la autoestimulación es lo suficientemente inmoral como para que valga la pena el control gubernamental se pone de manifiesto en los estados estadounidenses que en la actualidad han prohibido la exhibición o venta de juguetes sexuales: Alabama, Georgia, Indiana, Louisiana, Misisipi y Virginia (Babcock, 2006). El fiscal de distrito de Alabama argumentó que “existe un legítimo interés legislativo en desalentar el interés lascivo en el sexo autónomo” (ACLU, 2006, p. 1). La pena máxima por vender un juguete sexual es una multa de \$10 000 dólares y un año de trabajos forzados. Resulta irónico que, en todos estos estados, la ley permite la venta de armas semiautomáticas de ataque como la *AK47* o *Uzi*, pero prohíbe los vibradores (Davidson, 2006; Klein, 2000). Los argumentos legales con respecto a la venta de juguetes sexuales se basan en si los aparatos para gratificación sexual están protegidos por el derecho constitucional a la autonomía, privacidad y libertad de expresión (Hobbs, 2006). “Los juguetes sexuales no deberían ser una cuestión de convicción personal con base en las creencias religiosas... Deberían estar regidos con las mismas bases con que se protegen los derechos a la privacidad en la recámara de cualquier adulto” (Lawless, 2006, p. 1).



Cortesía de Dee Boyles, 10 de febrero de 2007.

adolescencia. Kinsey sostiene que esto se debe al aumento de la respuesta erótica, las oportunidades de aprender acerca de la posibilidad de la autoestimulación a través del juego sexual con una pareja y la disminución de las inhibiciones sexuales. A menudo se considera que la masturbación es inapropiada cuando una persona tiene pareja sexual o es casada. Hay quienes creen que no deben involucrarse en actividades sexuales sin su pareja o que el goce masturbatorio priva de placer al compañero. Otros interpretan de manera errónea el deseo de su pareja de masturbarse como una señal de que algo anda mal en la relación. Pero a menos que interfiera con el placer de la intimidad sexual en la relación, esta práctica puede ser considerada como una parte normal del repertorio sexual de cada uno de los compañeros. La masturbación después del matrimonio es muy común. De hecho, los individuos que tienen más actividad sexual con su pareja que otros, también se autoestiman con mayor frecuencia (Laumann y colaboradores, 1994). Además, un estudio encontró que las mujeres casadas que se masturban hasta llegar al orgasmo tienen mayor satisfacción sexual y marital que las que no lo hacen (Hurlbert y Whittaker, 1991).

Grupos étnicos y masturbación

Los adultos que se masturban y quienes lo hacen con mayor frecuencia poseen varias características en común, lo que indica que incluso este comportamiento sexual privado está fuertemente influenciado por el grupo social de la persona (Laumann y colaboradores, 1994): tienen puntos de vista liberales, educación universitaria y viven con una pareja sexual. Los hombres y mujeres blancos se masturban más que los negros de ambos sexos. Entre blancos, negros y latinos, las mujeres latinas son las que tienen menor tasa de masturbación.

Técnicas de autosatisfacción

En esta sección ofrecemos descripciones de técnicas de autosatisfacción. Las técnicas específicas de masturbación varían. Los hombres por lo general toman el pene con una mano, como se aprecia en la ➔ **figura 8.1**. Algunos prefieren usar cremas; a otros les gusta la fricción natural de la mano seca. Los movimientos hacia arriba y hacia abajo con diferentes ritmos y presiones brindan estimulación. También pueden acariciar el glande o el escroto. O en lugar de usar las manos, pueden frotar el pene contra el colchón o una almohada.

Las mujeres disfrutan técnicas de estimulación diversas. Por lo general, la mano hace movimientos circulares hacia adelante y hacia atrás; hacia arriba y hacia abajo contra la zona del monte de Venus y el clítoris (➔ **figura 8.2**).

El glande del clítoris rara vez es estimulado directamente, aunque puede serlo de forma indirecta cuando está cubierto por su capucha. Algunas presionan la zona del clítoris contra algún objeto como una almohada o la cama. Otras se masturban presionando sus muslos uno contra otro y tensando los músculos del piso pélvico que se encuentran por debajo de la vulva. Contrario a lo que en general muestra la pornografía, sólo algunas mujeres usan la inserción vaginal para alcanzar el orgasmo durante la masturbación. Apenas 1.5% de las mujeres de la encuesta de Shere Hite (1976) usó la inserción vaginal de un dedo o un objeto con forma de pene; más de la mitad de este pequeño grupo también estimuló el clítoris antes de la inserción.

Algunos individuos también usan vibradores y otros juguetes sexuales para aumentar el placer o darle variación al estímulo. Aunque algunos hombres disfrutan el uso de vibradores en sus genitales, las mujeres muestran mayor entusiasmo en lo que se refiere a éstos. Muchas también han descubierto que las duchas les dan sensaciones placenteras cuando las dirigen hacia la vulva. Las encuestas revelan que de 46 a 60% de las mujeres en Estados Unidos usan vibradores y más de 75% tiene una relación sexual (Berman, 2004; Springen, 2005). Noventa por ciento de las mujeres que se masturban con un vibrador se sienten cómodas hablando con su pareja al respecto, y muchas parejas lo incorporan a su juego sexual (Berman, 2004). El sociólogo Pepper Schwartz les pide a los hombres no sentirse amenazados por incluir un vibrador con su pareja: “Caballeros, no es su competencia, sino su colega” (Schwartz, 2006). Existen varios tipos de aparatos, y las preferencias personales varían. El libro *Good Vibrations: The New complete Guide to Vibrators*, de Joani Blank (2000), contiene un análisis detallado de estos artefactos.

El vibrador es sólo uno de los juguetes sexuales que existen para la autosatisfacción y el mejoramiento de la interacción sexual con la pareja. A lo largo de la historia, el *dildo*, o pene artificial, ha sido utilizado para aumentar la excitación sexual. Durante varios miles de años las mujeres de China y Japón han utilizado las bolas chinas o *ben-wa* para obtener placer. Dos esferas, una hueca y otra llena de un líquido pesado, se insertan



© Gilberto Palomares Sebastián

➔ **Figura 8.1** Masturbación masculina.



© Gilberto Palomares Sebastián

➔ **Figura 8.2** Masturbación femenina.



Los vibradores vienen en muchas formas. La serie de TV *Sex and the City* popularizó el "conejito".



La "varita mágica"

(a)



(b)



Accesorios de la "varita mágica" para la estimulación de (a) vagina y (b) punto G



El anillo se coloca en la base del pene, y la bola estimula el clítoris

en la vagina mientras la mujer está acostada en una hamaca o sentada en un columpio o mecedora para que con el movimiento produzcan sensaciones internas. Los hombres usan objetos de látex o caucho que simulan los genitales femeninos. Existen juguetes sexuales más elaborados que estimulan varios sitios genitales al mismo tiempo, y se están desarrollando variaciones de alta tecnología (Otto, 1999). El *iBuzz*, un pequeño aparato en forma de cápsula que vibra en sincronía con la música reproducida por un iPod o un reproductor de MP3, se utiliza por debajo de la ropa interior o dentro de la vagina. La intensidad de las vibraciones varía con el volumen de la música.

Aunque masturbarse es valioso para muchas personas en diferentes situaciones, no todos quieren hacerlo. En ocasiones, en el intento de ayudar a erradicar los sentimientos negativos con respecto a la autoestimulación, puede parecer que el mensaje es que la gente debe masturbarse. No es así. La masturbación es una opción de la expresión sexual, no una obligación.

❶ Expresión sexual: la importancia del contexto

Hasta ahora hemos analizado las formas en que la gente se expresa sexualmente como individuos. Sin embargo, muchos de los comportamientos sexuales que nos preocupan ocurren como interacciones entre personas. En las secciones siguientes analizamos algunas de las formas más comunes de comportamiento sexual compartido.

El contexto de la expresión sexual

Aunque las siguientes secciones incluyen estudios de técnicas sexuales, una interacción sexual no sobrevive por sí sola; existe en el contexto de la motivación y los significados de los individuos involucrados, y de la relación como un todo. Un autor explicó:

El sexo puede ser motivado por excitación o aburrimiento, necesidad física o afecto, deseo o deber, soledad o complacencia. Puede ser una oferta de placer o un intercambio igualitario, una mera liberación mecánica de la tensión o una fusión emocional profunda, una forma de relajarse para conciliar el sueño o una forma de revitalizarse. El sexo puede ser otorgado como recompensa o estímulo, una ofrenda

altruista o un favor, también puede ser un acto de egoísmo, inseguridad o narcisismo. El sexo puede expresar y significar casi cualquier cosa (Fillion, 1996, p. 41).

La jerarquía de Maltz

El contexto en que ocurren las experiencias sexuales es de crucial importancia para determinar si son positivas para los individuos y para las relaciones. La autora y terapeuta Wendy Maltz desarrolló un modelo de expresión sexual que describe los niveles de las experiencias sexuales destructivas y constructivas (Maltz, 2001c). Ella considera la energía sexual como una fuerza neutral; sin embargo, el intento y las consecuencias del comportamiento sexual pueden llevar por direcciones positivas o negativas. Por ejemplo, el coito marital puede ser intensamente pasional o convertirse en violación.

Los tres niveles positivos de interacción sexual están contruidos sobre la selección mutua, el respeto y la seguridad. Como se muestra en la **figura 8.3**, el nivel +1 (Consecución positiva y total del rol) refleja roles de género bien definidos, establecidos por hábitos sociales o religiosos en los cuales (en relaciones heterosexuales) el hombre es el iniciador y la mujer la que recibe. Las interacciones sexuales en este nivel están caracterizadas por respeto mutuo, falta de coerción y resentimiento, y una fuerte sensación de seguridad y predictibilidad. El embarazo y la reducción de la tensión sexual son los objetivos comunes del sexo.

El nivel +2 (Hacer el amor) enfatiza el placer mutuo a través de la creatividad sexual individual y la experimentación. El comportamiento tradicional del rol de género es ignorado, y el sexo se extiende a una experiencia recreativa erótica. La pareja se descubre a sí misma de manera más profunda a través de la autoexpresión y la comunicación sexual, lo que crea mayor intimidad.

El nivel +3 (Auténtica intimidad sexual) brinda una sensación compartida de profunda conexión, tanto para uno mismo como para la pareja, con reverencia al cuerpo durante la experiencia erótica. El disfrute del placer sexual incluye una profunda expresión de amor de uno por el otro. La honestidad emocional y la apertura son de gran importancia, y cada miembro de la pareja obtiene un profundo sentido de completud. La auténtica intimidad sexual puede ser una experiencia cumbre momentánea o puede caracterizar toda la experiencia de hacer el amor.

Maltz señala que las interacciones sexuales pueden ser molestas o traumáticas, en cuyo caso son impuestas por una u otra persona. En el lado negativo de su jerarquía, cada nivel se hace más destructivo y abusivo. El nivel -1 (Interacción impersonal) está marcado por una falta de respeto y responsabilidad hacia uno mismo y hacia la otra persona. Aquí los individuos hacen caso omiso a las posibles consecuencias negativas para ellos y para sus respectivas parejas, incluyendo el embarazo no deseado y la exposición a infecciones de transmisión sexual y VIH/sida. Soportar el sexo no placentero y ser deshonesto en lo que se refiere a temas que son importantes para el compañero (estado de salud o significado de la experiencia sexual) ocurren en este nivel. Estas experiencias producen sentimientos molestos. El alcohol y las drogas constituyen elementos que a menudo intervienen en las experiencias sexuales y que los individuos lamentan más adelante (Kaiser Family Foundation, 2003a).

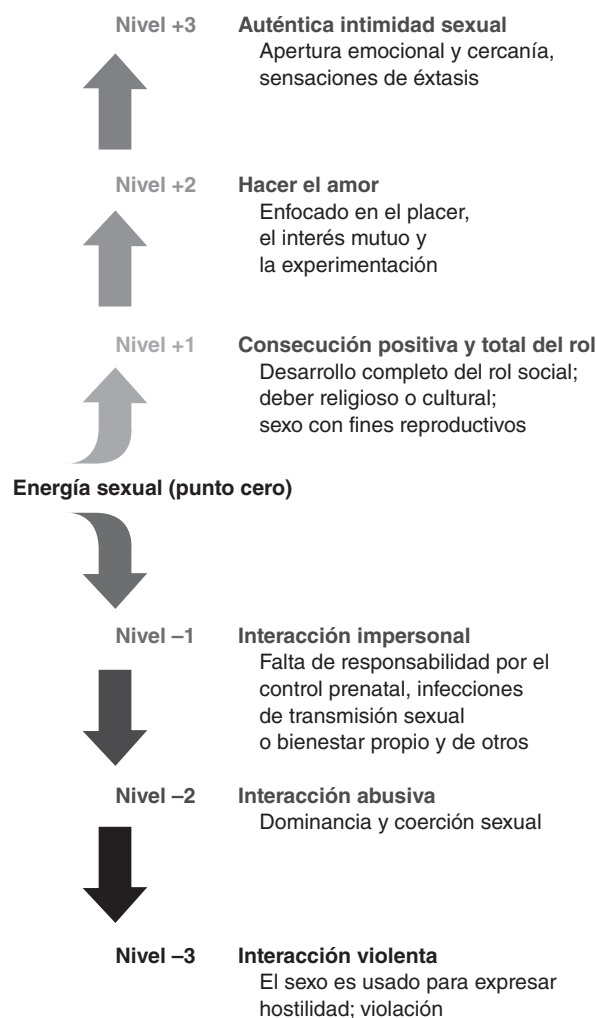


Figura 8.3 La jerarquía de Maltz de las interacciones sexuales (Maltz, 2001c).

El nivel -2 (Interacción abusiva) se caracteriza por el dominio consciente de una persona sobre otra por coerción psicológica. Los ejemplos incluyen una violación no violenta por un conocido, e incesto y comunicación coercitiva degradante. El pensamiento distorsionado permite a la persona explotadora racionalizar o negar el daño que le está haciendo a la otra. La experiencia, por lo general, afecta la autoestima de quien sufre la explotación.

El nivel -3 (Interacción violenta) ocurre cuando se utiliza la energía sexual a propósito para expresar hostilidad. Los órganos sexuales son armas y objetivos. La violación es el ejemplo más extremo.

Frecuencia de la actividad sexual

Una encuesta realizada en 1998 a 10 000 personas de Estados Unidos encontró que la frecuencia promedio de la actividad sexual es de una vez por semana, con una duración de alrededor de media hora (Robinson y Godbey, 1998). La encuesta no preguntaba acerca de la satisfacción ni acerca de comportamientos específicos que ocurren durante la sesión. La mayor parte de otros estudios ha descubierto que las personas con un nivel educativo formal más alto tienden más a involucrarse en una mayor variedad de comportamientos durante un encuentro sexual que quienes poseen menos educación formal. Sin embargo, aquello que es significativo y satisfactorio para un individuo determinado y su pareja es lo más importante.

Los siguientes análisis de comportamientos sexuales compartidos, a excepción del coito y la expresión erótica homosexual, están dirigidos a todos los individuos sin importar su orientación sexual. De hecho, como la práctica sexual entre individuos del mismo sexo no reproduce el modelo heterosexual que hace énfasis en el coito pene-vagina, el repertorio de los homosexuales y lesbianas es a menudo más amplio y creativo que el de los heterosexuales (Nichols, 2000; Sanders, 2000).

La secuencia en la cual los siguientes comportamientos sexuales son presentados no significa que tal progresión es mejor en una determinada relación o encuentro sexual; por ejemplo, una pareja heterosexual puede desear estimulación oral-genital después del coito y no antes. Tampoco ninguna de estas actividades es necesaria en una relación o encuentro dado: una experiencia sexual completa puede constar de cualquiera de ellos con o sin orgasmo. Un terapeuta sexual explicó: “Una vez que empezaste a pensar en sexo como en la creación de placer erótico mutuo más que en la fabricación de orgasmos, el sexo es una gran gama de posibilidades. Descubrirás que la estimulación genital suave —o incluso no genital— puede resultar erótica y relajante” (Ellison, 2000, p. 317). Además, como la sexualidad está influenciada por la relación como un todo, podría ser mejor pensar en el juego preliminar como la forma en que se ha tratado la pareja desde su última experiencia sexual juntos (Joannides, 1996).

► Besar y acariciar

*me gusta mi cuerpo cuando está con
tu cuerpo. Es algo tan nuevo.
Mejores músculos y más nervios,
me gusta tu cuerpo, me gusta lo que hace,
me gustan sus cómo, me gusta sentir la*
[columna
*de tu cuerpo y sus huesos, y el trémulo
—firme— suave promontorio
al que besaré una y otra y otra vez
me gusta besar esto y aquello de ti,*

me gusta, en una lenta caricia, la pelusa
[escandalosa
*de tu piel eléctrica, y lo que sea —que— viene
carne que se abre... Y ojos de grandes*
[migajas de amor;
*y quizá me guste el estremecimiento
de lo tan nuevo de ti debajo de mí*
e. e. cummings*

* “I like my body when it is with you” Derechos reservados en 1923, 1925, 1951, 1953 © 1991 por Trustees for the E. E. Cummings Trust. Derechos reservados en 1976 por George James Firmage, tomado de *Complete Poems: 1904-1962*, de E. E. Cummings, editado por George J. Firmage con permiso de Liveright Publishing Corporation.

Besos

Muchos de nosotros podemos recordar nuestro primer beso de amor; sin duda estuvo mezclado con una sensación de desagrado. Besar puede ser una experiencia erótica profunda e intensa, como sugirió el poeta Tennyson: “Una vez dibujó, con un largo beso, toda mi alma a través de mis labios.”

Los labios están equipados con terminales nerviosas sensibles, productoras de placer, que hacen que besar y ser besado de diferentes maneras se sienta bien. En el *Kama Sutra*, el libro indio clásico del erotismo, se describen 17 tipos diferentes de besos (Ards, 2000). Besarse con la boca cerrada tiende a ser más tierno y afectivo, mientras que hacerlo con la boca abierta o el beso francés es por lo general más intenso desde un punto de vista sexual. Los besos también pueden ser el inicio de actividades orales, como lamerse, chuparse o morderse con suavidad. Todas las áreas del cuerpo son posibilidades para besarse.

Las prácticas y actitudes de Occidente acerca de este acto amoroso no son para nada universales. El beso en la boca está ausente por completo en el explícito arte antiguo de las civilizaciones chinas y japonesas. En Japón, en la década de 1920 éste era visto de forma tan negativa que la famosa escultura de Rodin, *El beso*, fue ocultada de la vista del público durante la exhibición de arte europeo que se llevó a cabo en ese lugar. Otras culturas, la lepcha de Eurasia, la chewa y la tonga de África, así como la sirionó o mbía de América del Sur, consideran el beso como algo no saludable y de mal gusto (Tiefer, 1995).

Caricias

El tacto es uno de los primeros y más importantes sentidos que experimentamos cuando llegamos a este mundo. Los niños a quienes se les ha alimentado pero negado este tipo de estimulación, han muerto por su carencia. Un estudio clásico en animales mostró que cuando los monos bebés y otros primates carecían de las caricias de sus respectivas madres, a pesar de tener satisfecho el resto de sus necesidades, crecían mal adaptados (Harlow y Harlow, 1962).

El tacto es la piedra angular de la sexualidad humana compartida con otro (Kluger, 2004). En la evaluación de Master y Johnson:

El tacto es un fin en sí mismo. Es una forma primaria de comunicación, una voz silenciosa que evita los obstáculos de las palabras mientras expresa los sentimientos del momento. Une la separación física de la cual ningún ser humano está exento, estableciendo un sentido de solidaridad entre dos individuos. Acariciar es un placer sensual por medio del cual se exploran las texturas de la piel, la flexibilidad de los músculos, los contornos del cuerpo, sin mayor objetivo que el disfrute de las percepciones táctiles (Masters y Johnson, 1976, p. 253).

Las zonas erógenas del cuerpo tienen una sensibilidad especial al tacto. Por ejemplo, 81% de las mujeres y 51% de los hombres reportaron que la estimulación de senos y pezones causó o aumentó su excitación (Levin y Meston, 2006). Sin embargo, para que sean sexuales, no es necesario que las caricias sean en una zona erógena. Toda la superficie del cuerpo es un órgano sensorial, y acariciar casi cualquier parte puede mejorar la intimidad y la excitación sexual. A diferentes personas les gustan distintos tipos y niveles de intensidad de caricias, y la misma persona puede sentir una caricia como muy excitante en un momento y hallarla desagradable en otro. Es útil para las parejas hablar de forma abierta sobre este tema.

En las relaciones sexuales de lesbianas, el deseo mutuo y el aprecio por las caricias puede provocar un aumento en la excita-



Kataeyphoto/dreamstime.com

Las caricias son placenteras tanto para el que las hace como para el que las recibe.

ción sexual y el orgasmo, comparado con las mujeres en relaciones heterosexuales. La experta en sexualidad femenina Shere Hite estableció que la mayor satisfacción sexual entre mujeres ocurre porque “las relaciones sexuales lésbicas tienden a ser más prolongadas e involucran mayor sensualidad en todo el cuerpo” (1976, p. 413). La **tabla 8.2** compara el comportamiento y la respuesta sexual de lesbianas y mujeres heterosexuales.

➔ TABLA 8.2

Comparación de la última experiencia de mujeres lesbianas y heterosexuales

Experiencia durante el último contacto sexual	Lesbianas (%)	Mujeres heterosexuales (%)
Tuvo más de un orgasmo	32	19
Recibió sexo oral	48	20
Duró 15 minutos o menos	4	14
Duró más de 1 hora	39	15

Fuentes: Estadísticas de lesbianas de la encuesta de la revista *Advocate* (Lever, 1994); estadísticas a heterosexuales de National Health and Social Life Survey (Laumann et al., 1994).

Contrario al estereotipo de que las experiencias sexuales de hombres homosexuales están enfocadas en su totalidad en los genitales, el erotismo extragenital y el afecto son aspectos importantes del contacto sexual de muchas parejas de hombres. “Comparados con otros hombres, los homosexuales son capaces de tener mayor diversidad, autoexpresión y placer personal en su contacto sexual (Sanders, 2000, p. 253). Los abrazos, los besos y las caricias en todo el cuerpo son importantes. Una encuesta a homosexuales reveló que a 85% le gustaban tales interacciones más que cualquier otra categoría de comportamiento sexual (Lever, 1994).

El roce mutuo de los genitales o contra otras partes del cuerpo puede formar parte de la interacción sexual de una pareja y es común en el sexo entre lesbianas. El roce de los genitales con el cuerpo o con el área genital de otra persona se denomina **tribadismo**. A muchas lesbianas les gusta esta forma de juego sexual porque involucra contacto de todo el cuerpo y una sensualidad generalizada. Para algunas, las embestidas son placenteras; otras se sientan sobre una pierna de su pareja y se rozan con suavidad. Algunas frotan el clítoris con el hueso púbico de su pareja (Loulán, 1984).

Estimulación manual de los genitales femeninos

Los tipos de caricias genitales que inducen la excitación sexual varían de una mujer a otra. Incluso la misma mujer puede cambiar su preferencia de un momento a otro. Ellas pueden preferir movimientos suaves o fuertes en diferentes áreas de la vulva. Para algunas resulta desagradable la estimulación directa del clítoris; a veces es mejor acariciar a los lados o arriba. La inserción de un dedo en la vagina puede aumentar la excitación. Al acercarse al orgasmo, muchas mujeres necesitan consistencia en el ritmo y la presión de la caricia a lo largo del orgasmo (Ellison, 2000).

Los tejidos vulvares son delicados y sensibles. Si no hay suficiente lubricación para que la vulva esté resbalosa, se puede irritar con facilidad. Un lubricante como el Astroglide, una loción sin alcohol ni perfume, o la saliva pueden utilizarse para humedecer los dedos y la vulva a fin de que la caricia sea más placentera. La estimulación o penetración anal es erótica para algunas mujeres pero no para otras. Es importante no tocar la vulva o la vagina con el mismo dedo usado para la estimulación anal, porque si las bacterias del recto son introducidas en la vagina, pueden ocasionar infecciones. ■

Tribadismo Roce de los genitales contra otro cuerpo u otros genitales.



Salud sexual

Estimulación manual de los genitales masculinos

Los hombres también tienen preferencias individuales para la estimulación manual y, como las mujeres, pueden preferir una caricia suave o firme y movimientos lentos o rápidos a medida que aumenta su excitación. Pueden desear caricias suaves o fuertes del cuerpo del pene y del glande, y caricias leves o golpecitos en el escroto, como se muestra en la ➡ **figura 8.4**. Para algunos hombres la lubricación con saliva o con una crema aumenta el placer. (Si se aplica una crema o ungüento es necesario tener cuidado, si hay coito, de que no irrite los tejidos genitales femeninos.) El glande del pene puede quedar muy sensible para estimularlo de forma inmediata después del orgasmo. Algunos hombres disfrutaban la estimulación manual o la penetración del ano.

➡ Estimulación oral-genital

Tanto la boca como los genitales son zonas erógenas biológicas primarias, o sea, áreas del cuerpo dotadas con generosidad de terminaciones nerviosas sensoriales. Así, las parejas que psicológicamente se sienten cómodas con la estimulación oral-genital encuentran mucho placer en darla y recibirla. El contacto oral-genital puede producir placer, excitación u orgasmo. Como declaró una mujer:

Creo que los hombres ponen demasiado énfasis en que la mujer disfrute del "sexo regular". Conozco muchas, y me incluyo entre ellas, que sólo han experimentado orgasmos por sexo oral (además de la masturbación). A mí me gusta recibir y dar sexo oral. Adoro los sonidos, las miradas, los olores y los sabores. (Archivo de los autores.)

La estimulación oral-genital puede practicarse de manera individual (de una persona a la otra) o simultánea. Algunas personas prefieren el sexo oral de forma individual, ya que pueden enfocarse en dar o en recibir, como se aprecia en la ➡ **figura 8.5**. A otros les gusta el carácter mutuo del sexo oral-genital simultáneo. A la estimulación simultánea a veces se le conoce como 69, porque las posiciones de los cuerpos sugieren ese número (➡ **figura 8.6**). Además de la posición ilustrada en la figura, hay muchas otras que pueden practicarse, como acostarse de lado y usar la cadera como almohada. Como la excitación se hace más intensa durante la estimulación oral-genital mutua, hay que tener cuidado de no chupar o morder muy fuerte.

Se utiliza diferente terminología para describir la estimulación oral-genital de hombres y mujeres. El **cunnilingus** es la estimulación oral de la vulva, el clítoris, los labios menores, el vestíbulo y la entrada a la vagina. Para muchas mujeres la calidez, suavidad y humedad de los labios y la lengua de su compañero resultan muy placenteras y



➡ **Figura 8.4** La estimulación manual puede ser una manera muy placentera para que la pareja explore las sensaciones del compañero.

Cunnilingus Estimulación oral de la vulva.



➡ **Figura 8.5** Durante el sexo oral uno de los compañeros puede prestar total atención a la experiencia de dar, mientras que el otro puede disfrutar el recibir.

➡ **Figura 8.6** Estimulación oral-genital simultánea en la posición del 69.



Felación Estimulación oral del pene.

! Salud sexual

eficaces para producir excitación sexual u orgasmo. Las variaciones de la estimulación pueden ser: movimientos rápidos o lentos, hacia adelante o hacia atrás, de la lengua y los labios de la pareja sobre el área del clítoris, chupar el clítoris o los labios menores y meter la lengua en la abertura vaginal. Algunas mujeres se excitan con la estimulación manual de la vagina y la oral del área del clítoris al mismo tiempo.

La **felación** o **fellatio** es la estimulación oral del pene y del escroto. Entre las opciones para los genitales del hombre está lamer y chupar suave o de forma vigorosa el glande, el frenillo y el cuerpo del pene, y lamer o meterse los testículos a la boca. Algunos hombres disfrutan la estimulación oral del glande y la manual del pene, los testículos y el ano. Entre los hombres homosexuales, la felación es una forma muy común de expresión sexual (Lever, 1994).

Por lo general, es mejor para el que realiza la felación controlar los movimientos del otro sujetando la base del pene con la mano para evitar que se vaya muy adentro. Esto ayuda a evitar el reflejo del vómito. Asimismo, cualquier movimiento brusco podría causar laceraciones de los labios del compañero cuando trate de proteger el pene de los dientes.

Las parejas difieren en su preferencia por incluir la eyaculación en la boca como parte de la estimulación oral-genital del hombre. Para muchos es aceptable, para otros es excitante. Para aquellos que no desean incluirla como parte del sexo oral, de-

berán acordar de antemano que el que está siendo estimulado avisará cuando se encuentre cerca del orgasmo y se retirará de la boca de su compañero. Para aquellas parejas que se sienten bien con la eyaculación en la boca, el líquido eyaculado puede tragarse o no, dependiendo de la preferencia de cada quien. El sabor del líquido eyaculado varía de persona a persona y está influenciado por los factores descritos en la ➡ **tabla 8.3.** ■

En la sociedad estadounidense y de otros países existen diferencias entre los diversos segmentos de la población en cuanto a las actitudes y experiencias relacionadas con el sexo oral, como se muestra en el siguiente recuadro de Sexualidad y Diversidad.

➡ TABLA 8.3 Factores que afectan el sabor del semen	
Sabor	Fuente del sabor
Amargo	Café, alcohol, cigarros y marihuana (también se debe a infecciones urinarias o prostáticas).
Ácido	Carnes rojas, alimentos grasosos, lácteos, chocolate, espárragos, brócoli o espinacas.
Moderado	Ninguno de los factores amargos y uno o dos factores del grupo ácido.
Suave	Una dieta vegetariana. Fruta (sobre todo piña y manzana), perejil, apio y menta.
Dulce	Bebidas fermentadas en forma natural, o diabetes o la predisposición a esta enfermedad.

Fuente: Hamilton (2002).

Sexo oral entre hombres y mujeres estadounidenses

La National Health and Social Life Survey (Laumann y colaboradores, 1994) le pidió a hombres y mujeres con diferentes antecedentes étnicos, educativos y religiosos comparar sus experiencias con el sexo oral. Los hallazgos se resumen en la **tabla 8.4**. En general, los estadounidenses blancos (tanto hombres como mujeres) presentan el mayor nivel de experiencia con el sexo oral. Sin embargo, el nivel socioeconómico es más importante que la raza. Un estudio que compara a hombres negros y blancos de estatus socioeconómicos similares encontró tasas parecidas de experiencias con el sexo oral (Samuels, 1997).

TABLA 8.4

Experiencias con sexo oral según la National Health and Social Life Survey

	Hicieron sexo oral (%) ^a		Recibieron sexo oral (%) ^a	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Raza				
Blanca	81	75	81	78
Negra	51	34	66	49
Latina	71	60	73	64
Educación				
Menos de la preparatoria	59	41	61	50
Preparatoria	75	60	77	67
Universidad	81	78	84	82
Religión				
Protestante conservadora	67	56	70	65
Otros protestantes	82	74	83	77
Católica	82	74	82	77
Otras o ninguna	79	78	83	83

^a Redondeado al porcentaje más cercano.

Fuente: Laumann *et al.*, 1994, p. 141.

El nivel de escolaridad a menudo se relaciona con el estatus socioeconómico, y desde el estudio de Kensey a la fecha, está claro que la gente con más educación formal tiene una mayor tendencia hacia el sexo oral que las personas menos escolarizadas. La educación superior marca una gran diferencia en el porcentaje de mujeres que han tenido sexo oral, que lo que marca en los hombres. Otro estudio señaló diferencias de actitud entre mujeres. Aquellas con una carrera tendieron más que las amas de casa a considerar el sexo oral como algo “normal” (65% a 43%) (Janus y Janus, 1993).

Algunas personas tienen dudas acerca de la estimulación oral-genital. Pueden pensar que sus genitales o los de su pareja no son atractivos. Aunque la rutina de lavarlos con agua y jabón es adecuada para la limpieza, algunas personas piensan que son insalubres porque están cerca del orificio urinario y del ano. Otra razón por la que algunos heterosexuales objetan el sexo oral es porque piensan que es un acto homosexual, aun cuando se da en parejas heterosexuales. Aunque muchos gays y lesbianas lo practican,

la actividad no es homosexual por naturaleza. Más bien, su homosexualidad o heterosexualidad depende del sexo de los involucrados.

A pesar de estas actitudes negativas, el contacto oral-genital es bastante común y se ha popularizado más desde los estudios de Kinsey. Un trabajo reciente encontró que el significado y el rol de este tipo de sexo también han cambiado en gran medida con el tiempo. Por ejemplo, muchos adultos creen que el sexo oral es más íntimo que el coito, mientras que muchos adolescentes creen lo opuesto (Gelperin, 2005). Además, las mujeres nacidas antes de 1950 casi nunca tuvieron sexo oral en la secundaria o antes de casarse. Éste se dio después de un compromiso considerable y sólo hasta que la pareja había practicado el coito durante algún tiempo. Estudios recientes realizados entre estudiantes de preparatoria descubrieron que cerca de 50% de los adolescentes había tenido sexo oral con hombres y mujeres jóvenes dando y recibiendo por igual (Mosher y colaboradores, 2005). De hecho, los adolescentes tienden a tener más sexo oral que coito, y han tenido más parejas de uno que del otro (Halpern-Felsher y colaboradores, 2006). Con frecuencia, éstos usan el sexo oral como estrategia para evitar el coito y técnicamente mantener la virginidad (Ellison, 2000).

Algunos individuos tienen sexo oral en lugar de coito porque piensan que a través de esta modalidad sexual no se pueden infectar con VIH (el virus del sida). Sin embargo, como el contacto oral-genital a menudo involucra un intercambio de fluidos, sí existe el riesgo de transmitir o contraer el VIH. Este virus puede entrar al torrente sanguíneo a través de pequeñas heridas en la piel de la boca o de los genitales. Aunque el riesgo de transmisión a través del contacto oral-genital es bajo, sólo las parejas monógamas que no tienen el virus están ciento por ciento seguras cuando realizan esta actividad. (En el capítulo 15 estudiamos más precauciones contra la transmisión del VIH.) ■

! Salud sexual

► Estimulación anal

Un estimado de 25% de los adultos ha tenido sexo anal por lo menos una vez (Seidman y Rieder, 1994), y éste podría estarse haciendo más popular entre la gente joven. Un estudio de 813 mujeres inscritas en un curso de salud femenina reveló que el 32% había tenido sexo anal (Flannery y colaboradores, 2003). Entre hombres homosexuales, la estimulación anal es menos común que el sexo oral y la masturbación mutua (Lever, 1994).

El ano tiene densos grupos de terminaciones nerviosas que pueden responder de manera erótica. Algunas mujeres reportan haber tenido respuesta orgásmica a partir del sexo anal (Masters y Johnson, 1970), y hombres heterosexuales y homosexuales a menudo tienen orgasmos por la estimulación durante la penetración. Los individuos y las parejas también usan la estimulación anal por excitación y variedad durante otros comportamientos sexuales. El estímulo manual del exterior de la abertura anal o la inserción de uno o más dedos en el ano puede ser placentero para algunas personas durante la masturbación o el sexo con la pareja.

Como el ano contiene tejidos delicados, es necesario tomar ciertos cuidados durante su estimulación. Se requiere un lubricante no irritante y una penetración suave para evitar las molestias y las lesiones. Es útil usar lubricante tanto en el ano como en el pene o en cualquier objeto que se vaya a insertar. La persona que recibe la inserción anal podría inclinarse para relajar el esfínter. Quien penetra deberá hacerlo despacio y con suavidad, manteniendo el pene o el objeto inclinado para seguir la dirección del colon (Morin, 1981). Es esencial que los juguetes sexuales y otros objetos usados para la estimulación anal tengan una base más grande que la punta; de otra manera el objeto puede pasar la abertura anal y quedar atrapado por el esfínter anal, lo que requeriría de una visita a la sala de urgencias para retirar el objeto. ■

Existen riesgos importantes para la salud asociados con el sexo anal. Las parejas heterosexuales nunca deben tener sexo vaginal justo después del sexo anal, ya que las bacterias del ano causarían infecciones vaginales. La estimulación oral del ano,

conocida como **anilingus** (o *beso negro*, en términos coloquiales), es extremadamente riesgoso; varias infecciones intestinales, la hepatitis y enfermedades de transmisión sexual pueden ser contraídas o transmitidas por contacto oral anal, incluso tomando la precaución del lavado a conciencia. El uso cuidadoso de una barrera dental puede ayudar a prevenir la transmisión de bacterias y virus.

El sexo anal es uno de los comportamientos sexuales más riesgosos asociados con la transmisión del VIH, en especial para la persona que recibe. Para las mujeres, el peligro de contraer este virus a través de sexo anal sin protección es mayor que el de contraerlo a través de sexo vaginal sin protección (Silverman y Gross, 1997). Los hombres heterosexuales y homosexuales que deseen reducir el riesgo de transmitir o contraer este mortal virus deben abstenerse de practicarlo, o bien utilizar un condón y sacar el pene antes de la eyaculación. En el capítulo 15 analizaremos con mayor amplitud las precauciones para evitar la transmisión del VIH.

Anilingus Estimulación oral del ano.

❶ Coito y posiciones sexuales

Una pareja heterosexual puede escoger entre una gran variedad de posiciones para las relaciones pene-vagina o coito. La ➡ **tabla 8.5** muestra las tres posiciones favoritas de estudiantes universitarios. Muchas personas tienen una posición predilecta pero disfrutan de algunas otras, como se muestra en las ➡ **figuras 8.7-8.10**. Un hombre de 30 años declaró:

Diferentes posiciones sexuales por lo regular expresan y evocan emociones particulares para mí. Estando arriba me gusta ser agresivo; cuando estoy abajo, experimento un tipo especial de sensualidad receptiva. De lado, me siento íntimo y amable. Me gusta compartir todas estas dimensiones de mí mismo con mi pareja. (Archivo de los autores.)

Cada posición brinda varias oportunidades para la expresión física y emocional. Los cambios de salud, edad, peso o el embarazo pueden crear diferentes preferencias. En algunas posturas, una persona tiene mayor libertad de iniciar y controlar el ritmo el ángulo y el estilo de movimiento para favorecer la estimulación erótica. En otras, el control mutuo del ritmo funciona bastante bien. Algunas posiciones como con la mujer sentada arriba permiten la estimulación manual del clítoris durante el coito. Muchas parejas prefieren una posición que le permita al compañero hacer contacto visual y ver los cuerpos. La posición de costado cara a cara puede ofrecer una co-

➡ **Figura 8.7** Posición con el hombre arriba cara a cara.



➔ **Figura 8.8** Posición con la mujer arriba.



© Gilberto Palomares Sebastián

nexión relajada, donde cada uno de los individuos tiene una mano libre para acariciar el cuerpo del otro. La penetración por detrás puede ser una buena posición durante el embarazo cuando la presión contra el abdomen de la mujer se vuelve incómoda. El coito puede ocurrir con o sin orgasmo para uno o ambos individuos.

➔ TABLA 8.5	Respuestas de estudiantes universitarios a la pregunta "¿Cuál es tu posición sexual favorita?"	
	Hombres (%)	Mujeres (%)
El hombre arriba	25	48
La mujer arriba	45	33
Estilo cuadrúpedo ("De perrito")	25	15

Fuente: Elliot y Brantley (1997).

➔ **Figura 8.9** Posición de costado, cara a cara.



© Gilberto Palomares Sebastián

Más allá de las opciones de posición, la cooperación y la consideración son importantes, en especial en el momento de la **penetración o intromisión** (entrada del pene a la vagina). A menudo, la mujer puede guiar el pene de su compañero hacia su vagina, ya sea moviendo su cuerpo o usando su mano. Si el pene se sale de la vagina, como ocurre con cierta facilidad en algunas posiciones, es más fácil que la mujer ayude con la mano a colocarlo en la vagina otra vez.

Penetración o intromisión Inserción del pene en la vagina.

Coito al estilo tántrico

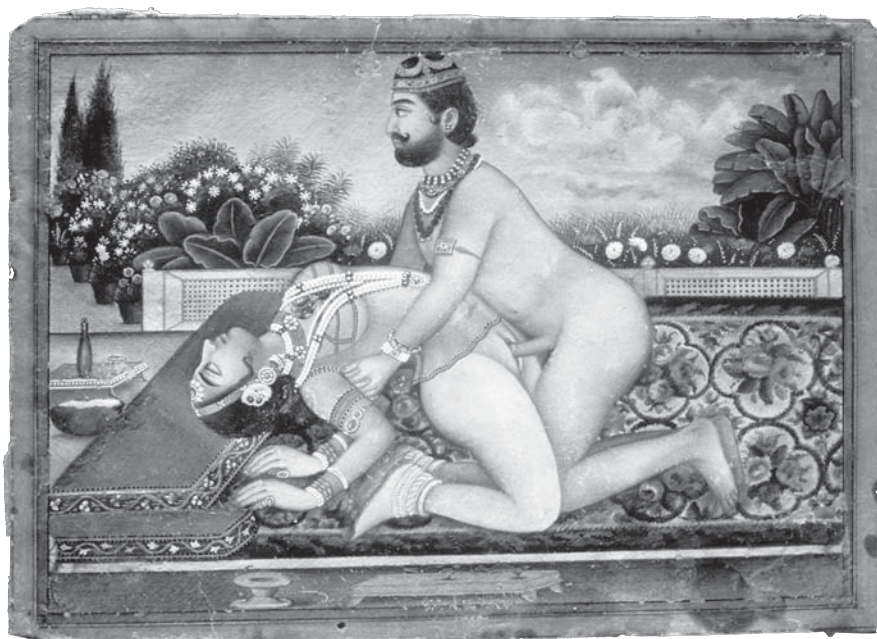
El concepto de *orgasmo masculino* como el punto máximo del coito heterosexual es ajeno a los conceptos y las prácticas del sexo tántrico (Yarian y Anders, 2006). Margo Anand, en su libro *The Art of Sexual Ecstasy* (1991), explica que el tantra era una antigua ruta oriental para la iluminación espiritual que empezó en la India cerca del año 5000 a.C. El pensamiento tántrico sostiene que un acto erótico de amor entre un dios y una diosa creó el mundo. Según este punto de vista, la expresión sexual puede convertirse en una forma de meditación espiritual y una ruta para la conexión profunda (Kuriansky y Simonson, 2005).

En el sexo tántrico el hombre aprende a controlar y retrasar su propio orgasmo y a redirigir la energía sexual a través de su cuerpo y del cuerpo de su pareja. Antes del coito, los compañeros suelen estimularse suave y eróticamente. Cuando ambos están listos para el coito, la mujer guía la penetración de manera suave y relajada. Al principio, la pareja mantiene el ritmo al mínimo, generando energía a través de suaves movimientos internos, como las contracciones de los músculos que rodean la abertura de la vagina. La pareja armoniza su respiración y encuentra un ritmo común para inhalar y exhalar mientras visualiza la calidez, la excitación y la energía de los genitales recorriendo todo su cuerpo. Los movimientos pueden hacerse más vigorosos pero siempre deteniéndose para relajarse antes de que el hombre tenga el orgasmo. La pareja recibe de buena manera las sensaciones de intimidad y éxtasis profundo mirándose a los ojos y creando una “profunda relajación del corazón” (Anand, 1991).



© Gilberto Palomares Sebastián

➔ **Figura 8.10** La posición de penetración por detrás puede ser muy cómoda durante el embarazo.



© Werner Forman/Art Resource, Nueva York

Sexo tántrico: el ciclo infinito.

R E S U M E N

Celibato

- *Celibato* significa no tener actividad sexual. Puede ser total (el que evita la masturbación y el contacto sexual interpersonal) o parcial (el que incluye la masturbación). En muchas circunstancias el celibato es una manera positiva de expresar la propia sexualidad.

Sueños y fantasías eróticos

- Los sueños eróticos a menudo acompañan la excitación sexual y el orgasmo durante el sueño. Las fantasías eróticas cumplen muchas funciones: pueden aumentar la excitación sexual; ayudan a vencer la ansiedad o compensan una situación negativa; admiten el ensayo de nuevas experiencias sexuales; permiten la expresión tolerable de deseos prohibidos, y alivian las expectativas del rol de género.

Masturbación

- La masturbación es la autoestimulación de los genitales con el propósito de producir placer sexual.
- En el pasado, las actitudes hacia la masturbación fueron altamente condenatorias. Si embargo, en la actualidad hay una reevaluación más positiva de su significado y propósito.
- La masturbación es un comportamiento que tiende a continuar hacia la edad adulta, aunque su frecuencia varía con la edad y el sexo.

Expresión sexual: la importancia del contexto

- El significado de la expresión sexual puede variar desde un profundo sentido de amor por uno mismo y por el otro, hasta la explotación y el abuso. La jerarquía de Maltz define seis niveles.

Besar y acariciar

- Toda la superficie corporal es un órgano sensorial, y besarse y tocarse son formas básicas de comunicación y de intimidad compartida.
- Las preferencias de ritmo, presión y ubicación de la estimulación genital manual varían de persona a persona. Un lubricante, una crema no irritante o un poco de saliva en los genitales pueden aumentar el placer.

Estimulación oral-genital

- El contacto oral-genital se ha hecho más común en los últimos años. Las dudas o escrúpulos acerca de la estimulación oral-genital surgen de las falsas ideas de que es completa-

mente insalubre o de que es una práctica homosexual, o de creencias religiosas de que es inmoral.

- El *cunnilingus* es la estimulación oral de la vulva; la *felación* o *fellatio* es la estimulación oral de los genitales del hombre.

Estimulación anal

- Las parejas practican estimulación anal por excitación, orgasmo y variedad. Se necesita una higiene muy cuidadosa para evitar introducir bacterias anales a la vagina. Para reducir las posibilidades de transmitir el virus del sida, las parejas deben abstenerse del sexo anal o usar un condón y separarse antes de la eyaculación.

Coito y posiciones sexuales

- La diversidad de posiciones sexuales brinda variedad potencial durante el coito. El hombre arriba, la mujer arriba, de lado y la penetración por detrás son posiciones comunes.
- El sexo tántrico enfatiza la intimidad sexual intensa y prolongada.

► Lecturas recomendadas

Abbott, Elizabeth (2000). *A History of Celibacy: From Athena to Elizabeth I, Leonardo da Vinci, Florence Nightingale, Gandhi and Cher*. Nueva York: Scribner. Un texto ilustrativo que habla del potencial y el significado del celibato.

Anand, Margo (1991). *The Art of Sexual Ecstasy*. Los Ángeles: Tarcher. Una comprensiva exploración de los principios y la práctica del sexo tántrico.

Boss, Suzie, y Wendy Maltz (2001). *Private Thoughts: Exploring the Power of Women's Sexual Fantasies*. Novato, CA: New World Library. Una descripción de los estilos de fantasías, sus funciones y los pasos para entender y vencer las fantasías molestas.

Joannides, Paul (1996). *The Guide to Getting It On!* Waldport, OR: Goofy Foot Press. Una guía cómica e instructiva que enfatiza las técnicas y la perspectiva de "no importa lo que tengas en los pantalones si no tienes nada en el cerebro para conectarlo" (p. 1).

Newman, Felice (1999). *The Whole Lesbian Sex Book: A Passionate Guide For All of Us*. San Francisco: Cleis Press. Un manual de sexo diseñado para lesbianas que puede ser útil para mujeres heterosexuales que quieren mejorar su sexualidad.

Silverstein, Charles, y Felice Picano (1993). *The New Joy of Gay Sex*. Nueva York: Perennial. Un manual sexual sin inhibiciones que incluye prácticas de sexo más seguro.

🔗 Recursos en la Web

Sitio web CengageLearning

Visite www.cengage.com/highered para enlazarse con diversos recursos, como preguntas de repaso, actividades interactivas, vínculos con Internet, ejercicios de pensamiento crítico, foros de discusión y muchos otros servicios. También puede acceder a los sitios desde el Wadsworth Psychology Study Center (<http://psychology.wadsworth.com>) o conectarse directamente a los siguientes sitios:

Nota. Tenga en cuenta que este material es independiente del libro y que las páginas que lo contienen pueden ser modificadas o eliminadas sin previo aviso.

The Celibate FAQ

Este sitio muestra las preguntas más frecuentes acerca de escoger el celibato como estilo de vida. Los ejemplos incluyen cómo decirle a la gente que eres célibe, y las ventajas y desventajas de esta conducta.

Healthy Sex

Este sitio desarrollado por la respetada autora y terapeuta sexual Wendy Maltz promueve una actitud saludable hacia el sexo basada en el cariño, el respeto y la seguridad. La comunicación de pareja, la intimidad sexual y las fantasías sexuales son algunos temas explorados en este sitio.

Good Vibrations

Sitio de la tienda Good Vibrations, que vende juguetes sexuales, videos y libros.

Go Ask Alice

Este sitio brinda mucha información acerca del comportamiento sexual.

Fallwell

Este sitio confronta el homofóbico dogma religioso.



Sitio web de apoyo a la obra en inglés

Visite el sitio web de la obra (*Our Sexuality Book Companion Website*) en

<http://latinoamerica.cengage.com/crooks> y elija la décima edición de este libro. Haga clic en "Apoyo electrónico para el estudiante". Allí encontrará herramientas que le ayudarán a aprovechar al máximo su tiempo de estudio: encuestas de actitud, crucigramas, temas de ensayo, tarjetas mnemotécnicas de los principales conceptos y sus definiciones, un glosario general, preguntas de opción múltiple y falso-verdadero, vínculos con sitios web sobre temas relacionados con cada capítulo, bibliografía general y un examen final. Asimismo, encontrará un vínculo para comprar el acceso a más material suplementario en línea: CengageNow.



CengageNow ¡Exactamente lo que necesita saber AHORA!

Dedique tiempo a lo que necesita dominar, no a la información que ya aprendió. CengageNow es un paquete de recursos electrónicos que le ayudará en su aprendizaje. Realice una prueba preliminar del capítulo, y CengageNow generará un plan personalizado de estudio a partir de sus resultados. El plan identificará los temas que debe repasar y lo dirigirá a los recursos en línea que le servirán para dominarlos. Después efectuará una prueba para determinar los conceptos que ya aprendió y aquellos en los que todavía debe trabajar. Visite el sitio www.cengage.com/login si ya tiene su código de acceso. Si no cuenta con él, siga el vínculo *Buy Now*. Escriba *Our Sexuality* en el campo de título. Elija la décima edición de este libro. Haga clic sobre la opción *CengageNow*. Se desplegará una solicitud de acceso y los precios en dólares americanos.



Biblioteca en línea InfoTrac College Edition

Investigue si su institución cuenta con un convenio de uso de InfoTrac, una de las mejores y más vastas bibliotecas en línea del mundo en el ámbito educativo. Conéctese a www.cengage.com/login para acceder a InfoTrac College Edition, biblioteca de consulta en línea que contiene multitud de revistas, muchas exclusivamente sobre la sexualidad humana: *Archives of Sexual Behavior*; *Archives of Sexual Health Behavior*; *Canadian Journal of Human Sexuality*; *Hispanic Journal of the Behavioral Sciences*; *Journal of Cross-Cultural Psychology*; *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*; *Journal of Sex Research* y *Sex Roles*.

C A P Í T U L O 9

capítulo 9

► Un continuo de orientaciones sexuales

¿Cuál es el porcentaje aproximado de hombres y mujeres que son exclusivamente homosexuales? ¿Qué porcentaje ha tenido relaciones sexuales con otra persona de su mismo sexo?

¿Cuáles son los cuatro diferentes tipos de bisexualidad?

¿Qué porcentaje de personas son asexuales?

► ¿Qué determina la orientación sexual?

¿Qué teorías psicosociales explican la orientación sexual?

¿Qué factores genéticos influyen en la orientación sexual?

► Actitudes sociales

¿Cómo han cambiado los puntos de vista religiosos en Occidente y las perspectivas de los profesionales de la salud y la psicología respecto de la homosexualidad?

¿Cuáles son algunas de las señales de la homofobia?

¿Qué causas motivan la homofobia y los crímenes por odio?

► Estilos de vida

¿Qué es el estilo de “vida gay”?

¿Qué dicen los estudios en cuanto a los niños criados por madres lesbianas?

¿Qué pasos hay que dar para asumirse como lesbiana o gay?

► Movimiento por los derechos de los homosexuales

¿Cuál fue el movimiento de Stonewall y qué impacto tuvo en la comunidad gay?

¿Cuáles han sido los logros del movimiento en favor de los derechos de los homosexuales?

Orientaciones sexuales



Mi juventud como lesbiana fue muy diferente de lo que veo ahora en la vida de una lesbiana joven. Nadie de los que conocía hablaba de homosexualidad, y yo solía salir con chicos porque mis amigas lo hacían. Casi a los 30 años tuve mi primera relación sexual con una mujer, pero incluso esa linda experiencia no me hizo pensar que era lesbiana. Tuvieron que pasar varios años antes de que me identificara como tal y tuviera amigas homosexuales aparte de mi pareja. En la actualidad, las jóvenes lesbianas tienen mucha información e imágenes positivas que les ayudan a entenderse y aceptarse. Sin embargo, también enfrentan una intensa negatividad de reacciones conservadoras hacia los derechos de los homosexuales. En mi época, el hecho de que la homosexualidad fuera tan discreta nos daba cierta privacidad y protección. Nunca enfrentamos el hostigamiento, la violencia ni el activismo antigay que se vive ahora. (Archivo de los autores.)

Mucha gente piensa que la homosexualidad es el contacto sexual entre individuos del mismo sexo. Sin embargo, esta definición es incompleta. No toma en cuenta dos dimensiones importantes: el contexto dentro del cual se experimenta el contacto y los sentimientos y las percepciones de los involucrados. Tampoco abarca todos los significados de la palabra **homosexual**, que puede referirse a atracción erótica, comportamiento sexual, vínculo emocional y una definición del propio yo (Diamond 2003b; Eliasson y Morgan, 1998). La siguiente definición incorpora un amplio espectro de elementos: un homosexual es un individuo “cuyo principal interés erótico, psicológico, emocional y social está en una persona del mismo sexo, aunque no lo exprese abiertamente” (Martin y Lyon, 1972, p. 1). La **figura 9.1** señala a qué edad los individuos sienten por primera vez atracción hacia el mismo sexo.

En castellano, el vocablo **gay**, tomado del inglés, se usa para designar lo perteneciente o relativo a la homosexualidad. Asimismo, y aunque en su origen se refería tanto a hombres como a mujeres homosexuales y su uso se restringía como código entre ellos, pasó a nuestra lengua como sinónimo de hombre homosexual. En el lenguaje coloquial, la palabra *gay* se refiere no sólo a las personas sino también a los problemas sociales y políticos relacionados con la orientación homosexual. También se le emplea, sobre todo entre los adolescentes, como algo negativo: “¡Eso es tan gay!” (Caldwell, 2003b). A las mujeres homosexuales se les conoce como **lesbianas**. Tradicionalmente se han usado palabras peyorativas para demeritar a los homosexuales, como “marimacha”, “maricón”, “puto”, “joto”, “puñal”, “loca”, “tortillera”, etc. Sin embargo, en ciertas subculturas gays y lesbianas, algunas personas usan estas palabras de manera positiva o en sentido humorístico para referirse a otra persona (Bryant y Demian, 1998).

Muchos hombres y mujeres nacidos después de 1970 se hacen llamar *queer* (“locas”), y con el concepto de *cultura queer* pretenden disminuir la negatividad de las palabras y borrar los límites entre los subgrupos de hombres gay, lesbianas, bisexuales y todas las variaciones de los individuos transgénero que pertenecen a la “nación de los *queer*” (Vary, 2006). Los miembros de la “Generación Q” se ven a sí mismos diferentes, incluso como extraños, de las lesbianas y gays de más de 30 años, en parte por sus antecedentes de haberse dado a conocer durante el activismo contra el sida (Nichols, 2000).

Homosexual Persona cuya principal orientación erótica, psicológica, emocional y social es hacia personas de su mismo sexo.

Gay Anglicismo para designar a un hombre homosexual.

Lesbiana Mujer homosexual.

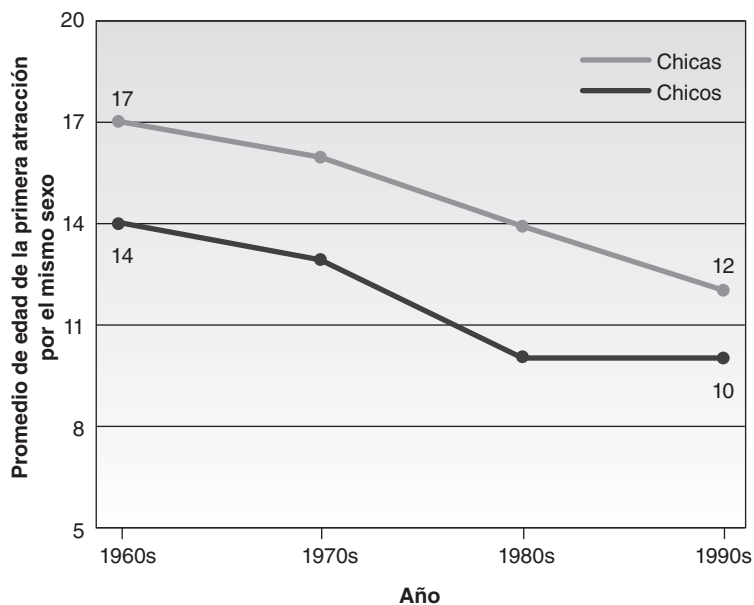


Figura 9.1 Actualmente gays y lesbianas adolescentes recuerdan haber sentido atracción por el mismo sexo cuatro o cinco años antes que los adolescentes de la década de 1960.

En este capítulo empezaremos con el estudio de la diversidad de orientaciones sexuales.

► Un continuo de orientaciones sexuales

Orientación sexual

Atracción sexual hacia el propio sexo (homosexual), hacia el otro sexo (heterosexual) o hacia personas de uno u otro sexo (bisexual) o falta de interés sexual hacia personas de cualquier sexo (asexual).

Bisexualidad Atracción sexual por hombres y mujeres.



Palabras para consultar en InfoTrac

● Bisexualidad

► **Figura 9.2** Continuo de Kinsey de orientación sexual, basado en sentimientos de atracción y comportamiento sexual.

Homosexualidad, bisexualidad, heterosexualidad y asexualidad son palabras que identifican una **orientación sexual**, es decir, hacia qué sexo nos sentimos atraídos. La atracción hacia personas del mismo sexo es una orientación homosexual, y hacia personas del otro sexo es una orientación heterosexual. La **bisexualidad** se refiere a los grados de atracción hacia sujetos de uno u otro sexo. Como la orientación sexual es sólo uno de los aspectos de la vida de una persona, usaremos estos tres términos como adjetivos descriptivos más que como etiquetas de la identidad total de un individuo.

En nuestra sociedad tendemos a hacer distinciones tajantes entre homosexualidad y heterosexualidad. En nuestros días los límites no son muy claros. Un porcentaje relativamente pequeño de las personas se considera exclusivamente homosexual, en tanto que 90% de los habitantes de Estados Unidos se ven a sí mismos como exclusivamente heterosexuales. Estos grupos representan los extremos opuestos de un amplio espectro. Los individuos que se encuentran entre los extremos de este escenario tienen varias mezclas de sentimientos y experiencias. Por ejemplo, un sujeto que a veces tiene fantasías con personas del mismo sexo durante la masturbación, o que tiene sueños sexuales placenteros con individuos del mismo sexo pero sólo ha tenido experiencias sexuales con personas del otro sexo, se encuentra en algún punto entre los extremos del espectro (Epstein, 2006).

La **figura 9.2** muestra una secuencia de siete puntos que Alfred Kinsey identificó en su análisis de orientaciones sexuales en la sociedad estadounidense (Kinsey y colaboradores, 1948). La escala va de 0 (contacto exclusivo con y atracción erótica hacia el otro sexo) a 6 (contacto exclusivo con y atracción erótica por el mismo sexo). En medio existen varios grados de orientación homosexual y heterosexual; la categoría 3 representa igual atracción y experiencia homosexual y heterosexual.

0	1	2	3	4	5	6
Exclusivamente heterosexual, nada homosexual	Predominantemente heterosexual, sólo incidentalmente homosexual	Predominantemente heterosexual, pero más que incidentalmente homosexual	Igualmente heterosexual y homosexual	Predominantemente homosexual pero más que incidentalmente heterosexual	Predominantemente homosexual pero incidentalmente heterosexual	Exclusivamente homosexual, nada heterosexual

Fuente: Adaptado de Kinsey y colaboradores (1948, p. 638).



Pensamiento crítico

¿En qué parte de la escala de Kinsey se ubicaría usted?

Los patrones en los que caen las personas en la escala de Kinsey varían de acuerdo con el sexo biológico. Los hombres, tanto homosexuales como heterosexuales, ocupan los extremos opuestos de la escala. Las mujeres también ocupan los extremos, pero tienden más que los varones a encontrarse entre las categorías 2 y 5. Estudios recientes han descubierto que las mujeres que se identifican como heterosexuales tienden 27 veces más que los hombres a expresar atracción moderada o alta hacia sujetos de su propio sexo (Lippa, 2006).

Una limitación del modelo de Kinsey es la impresión que da de una orientación sexual estática y fija, cuando en realidad la ubicación de la gente en la escala puede variar en diferentes momentos de su vida. Por ejemplo, como la clasificación está basada tanto en sentimientos de atracción como en comportamiento, alguien que es bisexual estaría en los diferentes lados del centro de la escala, dependiendo de si su pareja es hombre o mujer. La orientación sexual se evalúa mejor si se observan los patrones durante un periodo, más que en un momento dado (Fox, 1990).

Homosexualidad

Según los datos de Kinsey, la categoría de homosexualidad exclusiva comprende a 2% de las mujeres y a 4% de los hombres. Sin embargo, las cifras de Kinsey fueron estimadas hace algún tiempo y han sido criticadas debido a la forma en que se obtuvieron. La Encuesta Nacional sobre Salud y Vida Social (NHSLs) más reciente encontró estadísticas más bajas: 1.4% de las mujeres y 2.8% de los hombres se identifican a sí mismos como homosexuales. No obstante, otra pregunta que se hizo a los individuos cuestionó si habían tenido relaciones sexuales con otra persona del mismo sexo a partir de los 18 años y el resultado fue 5% en hombres y 4% en mujeres (Laumann y colaboradores, 1994). En la Encuesta Mundial sobre el Sexo (Global Sex Survey), un promedio de 12% de los encuestados de 41 países dijo haber experimentado intercambio sexual con personas del mismo sexo por lo menos una vez (Durex, 2006).

Bisexualidad

Una definición útil de esta orientación sexual indica que un bisexual puede “disfrutar y tener actividad sexual con personas de uno u otro sexo, o reconoce el deseo de hacerlo” (MacDonald, 1981). Como mencionamos, más mujeres que hombres son bisexuales, y las mujeres con un alto impulso erótico tienden más a serlo. Datos de más de 3 600 participantes en un estudio revelaron que un impulso sexual elevado en mujeres heterosexuales está asociado con un aumento en la atracción sexual hacia hombres y mujeres (Lippa, 2006), y entre más elevado sea este impulso, más deseo sienten por ambos sexos. En cambio, un impulso sexual elevado en hombres heterosexuales y homosexuales, así como en lesbianas, está asociado con un aumento del deseo sexual sólo hacia uno u otro sexo. Estos hallazgos son consistentes en todos los grupos de edad y se repiten en muchas regiones del mundo, incluyendo América Latina, Australia, India y Europa occidental. La universalidad de los resultados indica que existe una contribución biológica a estas diferencias.

Un factor puede ser que existe una mayor tolerancia hacia el afecto entre mujeres que al que se manifiesta entre hombres. Cuando las celebridades femeninas como Angelina Jolie y Madonna tienen relaciones sexuales con personas del mismo sexo, generalmente aumentan su fama y popularidad (Owen, 2006). Si una celebridad masculina destapara tales experiencias, sería perjudicial para su carrera.

Tipos de bisexualidad

Existen diferentes tipos de bisexualidad: una orientación real, una orientación transitoria, una orientación transicional y una negación homosexual (Fox, 1990; Ross y colaboradores 2003). La bisexualidad como orientación real significa que algunas personas se sienten atraídas hacia ambos sexos. Un individuo con esta inclinación podría o no ser sexualmente activo con más de un compañero al mismo tiempo, pero seguiría sintiéndose atraído hacia ambos sexos (Kinnish y colaboradores, 2005).

Las tasas de bisexualidad entre mujeres estadounidenses casi se han triplicado en la última década: 11% de ellas reportó haber tenido al menos una experiencia sexual con otra mujer durante su vida, más de 4% arriba de una década antes. Algunas universitarias ven estas vivencias como experimentos

? Pensamiento crítico

¿Por qué cree usted que las mujeres tienden a ser más bisexuales que los hombres?



Britney Spears y Madonna incluyeron un beso erótico en su actuación en los MTV Video Music Awards de 2003.

© Reuters/Corbis

sexuales pasajeros antes de graduarse y casarse con un hombre; este patrón es tan común que tiene su nombre, *LUG* (por sus siglas en inglés: *lesbians until graduation*, lesbianas hasta la graduación) (Kennedy, 2006). En cambio, los hombres no han mostrado muchos cambios: 6% reportó haber tenido por lo menos una experiencia sexual con otro hombre, y sólo 1% la tuvo 10 años antes (Jones, 2006). Los varones tienden a considerarse gays o heterosexuales, pero las mujeres de alguna manera son más aptas para decir “depende de con quién esté” (Bailey y colaboradores, 1993b). Un estudio encontró que 58% de las mujeres en parejas lésbicas reportó haber escogido la orientación a partir de su actual relación sexual. Aunque podrían disfrutar del sexo con hombres, ellas prefirieron las relaciones lésbicas y las caracterizaron como menos estereotipadas y más íntimas (Rosenbluth, 1997).

La conducta bisexual también puede ser transitoria, un involucramiento temporal de quienes en realidad son homosexuales o heterosexuales (Dykes, 2000). El comportamiento transitorio con el mismo sexo puede ocurrir en internados escolares o prisiones. Sin embargo, los involucrados se consideran heterosexuales aunque tengan una conexión sexual con personas del mismo sexo, y reanudan sus relaciones heterosexuales cuando vuelve a haber oportunidad (Kalb y Murr, 2006). Además, hay hombres y mujeres dedicados a la prostitución que pueden hacer negocio con cualquiera de los dos sexos y aun así estar involucrados en relaciones exclusivamente homosexuales o heterosexuales en su vida personal.

La bisexualidad también puede ser una etapa transitoria en la que una persona cambia de una orientación a otra. Esta persona permanecerá en la situación nueva, como se ilustra en el siguiente ejemplo:

He llevado una vida tradicional con un esposo, dos hijos y trabajo comunitario. Mi mejor amiga y yo éramos muy activas en el PTA. Para nuestra sorpresa, nos enamoramos. Al principio éramos muy discretas acerca de nuestra relación sexual y continuamos con nuestra vida marital, pero entonces ambas nos divorciamos de nuestros maridos y nos mudamos para comenzar una vida juntas. La mejor manera en la que puedo describir el estar con ella es que la vida ahora es como una televisión a colores, en lugar de en blanco y negro. (Archivo de los autores.)

La transición de bisexualidad a homosexualidad puede ser más común durante la adolescencia. Un estudio encontró que la mitad de los jóvenes que al principio se identificaban como bisexuales, se consideraron gays o lesbianas cinco años después. En cambio, los jóvenes que se identificaron como gays o lesbianas mantuvieron esa identidad a lo largo del tiempo (Rosario y colaboradores, 2006).

Con menos frecuencia, quienes inicialmente se consideraban gays o lesbianas se involucraron luego en relaciones con el otro sexo. En ocasiones puede ser un gran desafío desarrollar una relación heterosexual después de haber tenido una identidad gay o lésbica. Por ejemplo, JoAnn Loulan, una activista lesbiana de gran trayectoria y autora del libro *Lesbian Sex*, fue blanco de muchas críticas y reacciones negativas de otras lesbianas, que incluso la tildaron de “hasbia” algo así como: “ha sido lesbiana”, cuando se enamoró y se involucró con un hombre (White, 2003). La transición de una relación con alguien del mismo sexo a una relación con el sexo opuesto ocurre con mayor frecuencia entre las mujeres. En un estudio de 80 mujeres de entre 18 y 25 años, los sujetos tenían una relación con otra mujer cuando empezó el estudio. En cinco años, 25% de las mujeres tenía una relación heterosexual. Aunque su identidad y selección del sexo de la pareja había cambiado, sus sentimientos de atracción hacia otra mujer permanecían iguales (Diamond, 2003a).

Por último, la bisexualidad puede ser un intento de negar los intereses homosexuales exclusivos y evitar el estigma de la identidad homosexual (MacDonald, 1981). Por ejemplo, muchas personas se casan para conservar la fachada de la heterosexualidad, pero siguen teniendo fuertes deseos y contactos homosexuales secretos, como se ejemplifica en la película *Brokeback Mountain* (*Secreto en la montaña*) (Butler, 2006). Casarse a pesar de tener una orientación de este tipo es más común conforme

más estigmatizada esté la homosexualidad y más se le vea como un tabú. Por ejemplo, aunque los prejuicios en contra de la homosexualidad han disminuido un poco en China, cerca de 80% de los hombres con esta inclinación están casados o planean hacerlo (Cui, 2005).

Gays y lesbianas en ocasiones ven a los bisexuales como personas que en realidad son homosexuales pero no tienen el valor de aceptarse como tales (McBride, 2005). A veces los individuos que se identifican como bisexuales enfrentan ambivalencia y dudas, y a menudo son presionados por heterosexuales u homosexuales para adherirse a una sola orientación (Diamond, 2003a; Grannis, 2005).

Asexualidad

La asexualidad, o el no sentir atracción hacia ningún sexo, rara vez se ha examinado. Un estudio de probabilidad nacional de 18 000 personas en el Reino Unido encontró que 1% de los individuos eran asexuales (Bogaert, 2004). La mayoría de los hombres y mujeres asexuales lo ha sido durante toda su vida. Aunque se identificaron más mujeres que hombres, la investigación encontró varios factores asociados con ambos sexos. Estos incluyen baja estatura y problemas de salud. Además, las mujeres asexuales tuvieron su primer periodo menstrual después que la generalidad de las mujeres. Tales factores podrían indicar una base biológica para esta condición. Sin embargo, las variables demográficas de los individuos asexuales de ambos sexos presentaron menores índices en nivel de escolaridad y estatus socioeconómico que otros sujetos, así que la baja estatura y los problemas de salud podrían ser consecuencia de condiciones económicas desfavorables.

Según la Asexual Visibility and Education Network, la asexualidad es una orientación sexual, no una elección. Los individuos carecen de atracción sexual hacia otros, pero tienen una variedad de intereses en amistades, afecto y compañerismo. Algunos se masturban, pero no sienten interés en la expresión sexual con una pareja (Jay, 2005).

❶ ¿Qué determina la orientación sexual?

Varias teorías han tratado de explicar los orígenes de la orientación sexual, especialmente de la homosexualidad. Se han realizado muchos estudios a lo largo del tiempo, pero gran parte de los hallazgos son contradictorios y aún no existen respuestas científicas definitivas. En las siguientes páginas abordaremos algunas nociones comunes acerca de la homosexualidad y evaluaremos los estudios que han tratado de respaldar estas nociones.

Teorías psicosociales

Las explicaciones psicosociales del desarrollo de una orientación homosexual se relacionan con los incidentes de la vida, patrones de paternidad o atributos psicosociales del individuo. Bell y sus colegas (1981) realizaron el estudio más exhaustivo acerca del desarrollo de la orientación sexual. Usaron una muestra de 979 hombres y mujeres homosexuales que se comparó con un grupo de control de 477 personas heterosexuales. A todos los sujetos de estudio se les hicieron preguntas acerca de su infancia, adolescencia y prácticas sexuales en entrevistas cara a cara de cuatro horas de duración. Luego, Bello utilizó técnicas estadísticas avanzadas para analizar posibles factores causales en el desarrollo de la homosexualidad o la heterosexualidad. Citamos este trabajo en toda esta sección debido a su excelente metodología.

El mito de “por omisión”

Muchos creen que las experiencias heterosexuales desafortunadas hacen que algunas personas se vuelvan homosexuales. Expresiones como “Todo lo que una lesbiana ne-

cesita es un buen *revolcón*” o “Lo que él necesita es encontrar a la mujer adecuada”, reflejan la noción equivocada de que la homosexualidad es una elección por omisión para la gente que no ha tenido ni experiencias ni relaciones heterosexuales satisfactorias. Contrario a este mito, el análisis de los datos de Bell indica que la orientación homosexual no refleja ni la falta de experiencias heterosexuales ni antecedentes de que éstas hayan sido negativas (Bell y colaboradores, 1981). Bell y sus colegas encontraron que los grupos de homosexuales y de heterosexuales no diferían en su frecuencia de citas románticas durante la preparatoria, pero un menor número de homosexuales reportó haber disfrutado sus citas heterosexuales. En ocasiones, se asume que el lesbianismo se debe al temor o a la desconfianza hacia los hombres más que a una atracción hacia las mujeres. Lo ilógico de este argumento se pone de manifiesto si hacemos la afirmación inversa: que la heterosexualidad femenina se debe al miedo y a la desconfianza hacia las mujeres.

El mito de la seducción

Algunas personas creen que los hombres y las mujeres jóvenes se vuelven homosexuales porque son seducidos por homosexuales mayores o porque “se contagiaron” de alguien más, en especial de algún agradable y respetado maestro que es gay. Cerca de 36% de los estadounidenses piensa que los gays y las lesbianas no deben dar clases en las escuelas, y probablemente creen en el mito de la seducción y el contagio (Leland 2000b). Contrario a estos mitos, el estudio indica que la orientación sexual a menudo queda establecida antes de la edad escolar y que la mayoría de los homosexuales tiene su primera experiencia sexual con alguien cercano a su edad (Bell y colaboradores, 1981).

La teoría de Freud

Otra teoría prevaleciente tiene que ver con ciertos patrones en los antecedentes familiares de la persona. La teoría psicoanalítica implica tanto experiencias de la infancia como las relaciones con los padres. Sigmund Freud (1953 [1905]) sostenía que la relación de cada uno con sus respectivos padre y madre era crucial. Creía que en el desarrollo “normal” todos pasamos por una etapa “homoerótica”. Desde su punto de vista, los chicos podían quedarse en la etapa homosexual si tenían una relación deficiente con su padre y una relación muy cercana con la madre; lo mismo podría pasar con una mujer si envidiara el pene (Black, 1994). Los estudios clínicos posteriores trataron de confirmar esta hipótesis (Bieber y colaboradores, 1962). Aunque algunos gays y lesbianas muestran esta dinámica en sus antecedentes familiares, muchos no pasaron por ella, y numerosos heterosexuales fueron criados en familias donde prevalecía este patrón. Bell y sus colegas (1981) concluyeron que ningún fenómeno en particular en la vida familiar podía ser señalado como “especialmente consecuente ni del desarrollo homosexual ni del heterosexual” (p. 190), una conclusión respaldada por estudios adicionales (Epstein, 2006; Savin-Williams, 2000).

Teorías biológicas

Los investigadores han explorado diferentes áreas para establecer las causas biológicas de la orientación sexual, y la evidencia más convincente tiene que ver con factores genéticos e influencias de hormonas prenatales.

Factores genéticos

Una línea de investigación ha analizado la posibilidad de que los factores genéticos contribuyan a la homosexualidad. Varios estudios han encontrado que tanto la masculina como la femenina tienen fuertes antecedentes *familiares*, lo cual quiere decir que en apariencia se da en familia. (Bailey y Bell, 1993; Bailey y Benishay, 1993; Pattatucci y Hamer, 1995). El solo factor de que la homosexualidad tienda a ser hereditaria no

necesariamente significa que la causa radique en factores genéticos; las influencias psicosociales de un ambiente familiar en común podrían muy bien estar involucradas.

Los investigadores a menudo utilizan estudios de gemelos para obtener un mejor entendimiento de las influencias relativas del ambiente social y el componente genético. Los gemelos idénticos se originan de un solo óvulo fertilizado, que se divide en dos fetos separados con códigos genéticos idénticos. Por lo tanto, cualquier diferencia entre ellos debe ser causada por las influencias del ambiente. En cambio, los gemelos no idénticos se presentan cuando el ovario de la mujer produce dos óvulos que son fertilizados por dos espermatozoides diferentes. Como los gemelos no idénticos son el producto de la fertilización de dos huevos separados, su componente genético no tiene mayores similitudes que las de dos hermanos. Sus diferencias físicas y conductuales entre sí pueden deberse a factores genéticos, a influencias ambientales o a una combinación de ambos. Cuando los gemelos idénticos son más parecidos (es decir, son *concordantes*) que los gemelos no idénticos del mismo sexo en una característica dada, podemos asumir que dicho componente tiene una fuerte base genética. De manera inversa, cuando una característica muestra un grado comparable de concordancia en ambos tipos de gemelos, podemos suponer razonablemente que el ambiente ejerce la mayor influencia.

El estudio más reciente reclutó a sujetos de un registro de gemelos de Australia (Bailey y colaboradores, 2000). Más de 1 500 parejas de gemelos idénticos y no idénticos (del mismo sexo), hombres y mujeres, fueron incluidos en este trabajo. Cada participante contestó un cuestionario anónimo que abarcaba amplias áreas de la sexualidad, incluyendo reactivos acerca de la orientación sexual. Usando un criterio estricto para determinar la orientación homosexual, los investigadores encontraron una tasa de concordancia (el porcentaje de parejas en las cuales ambos gemelos son homosexuales) de 20% entre gemelos idénticos varones y de 0% entre parejas de gemelos no idénticos varones. Las tasas de concordancia correspondientes para gemelos idénticos y no idénticos en mujeres fue de 24% y 10.5% respectivamente (Bailey y colaboradores, 2000). Las elevadas tasas de concordancia para gemelos idénticos brindan una fuerte evidencia de un componente genético en la orientación sexual de algunos individuos. En el recuadro de la siguiente página analizamos los estudios que indican la influencia de varios factores durante el periodo prenatal del desarrollo.

Inconformidad de género

Otra evidencia de una predisposición biológica a la homosexualidad proviene del fuerte vínculo entre la homosexualidad adulta y la **inconformidad de género** durante la niñez (Bailey y colaboradores, 2000; Ellis y colaboradores, 2005). La inconformidad de género se refiere a qué tanto un individuo difiere de las características estereotípicas de masculinidad o femineidad durante la infancia. Se mide preguntando a los individuos qué tan tradicionalmente masculinos o femeninos eran de niños y qué tanto disfrutaban las actividades convencionales asignadas a cada género.

Los investigadores han descubierto que los homosexuales adultos suelen haber experimentado más inconformidad de género durante la infancia que los heterosexuales adultos (Bailey y Zucker, 1995; Green, 1987; Lippa, 2002). La mitad de los varones homosexuales y sólo un cuarto de los heterosexuales no tuvieron un patrón de identidad “masculina” típico, mientras que cuatro quintas partes de las mujeres homosexuales y dos tercios de las heterosexuales no fueron altamente “femeninas” durante su niñez (Bell y colaboradores, 1981). En diferentes culturas se han docu-



Dos ballenas machos frotan sus penes como ejemplo del comportamiento sexual en animales. La primera exposición en el mundo acerca de la homosexualidad en animales se inauguró en 2006 en el Museo de Historia Natural de Oslo, en Noruega. La homosexualidad de machos y hembras ha sido observada en más de 1 500 especies de animales y está bien documentada para 500 animales. Jirafas, pericos, pingüinos, escarabajos y hienas exhiben parte del comportamiento bisexual del bonobo, un tipo de chimpancé que tiene interacciones sexuales tanto con hembras como con machos como un tipo de vinculación social (Doyle, 2006).

Inconformidad de género Falta de conformidad con los comportamientos masculinos y femeninos estereotipados.

Influencias prenatales

Algunos investigadores han especulado que los niveles hormonales adultos contribuyen a la orientación sexual. Sin embargo, ningún estudio bien controlado ha encontrado una diferencia en los niveles circulantes de hormonas sexuales en hombres o mujeres homosexuales o heterosexuales adultos. En su lugar, los científicos han estudiado las influencias que las hormonas y otros factores pueden tener durante el periodo prenatal del desarrollo. Como vimos en el capítulo 3, los niveles prenatales de hormonas sexuales tienen una influencia masculinizante o feminizante sobre el cerebro fetal en desarrollo. Los estudios de laboratorio en animales han demostrado que las hormonas dadas prenatalmente pueden masculinizar los fetos femeninos y feminizar los fetos masculinos, lo que produce un comportamiento social y de emparejamiento con el mismo sexo cuando el animal madura (Vandenberg, 2003). Además de los niveles hormonales, probablemente otras condiciones prenatales influyan en el desarrollo de la orientación sexual (Lippa, 2003; Rahman y Wilson, 2003).

Las investigaciones sobre factores prenatales y atributos humanos asociados con una orientación homosexual se describen en las siguientes secciones. Es importante tener en mente que los resultados de los estudios en varias áreas son inconsistentes. Por ejemplo, algunos trabajos sobre las habilidades cognitivas y la orientación sexual reportan que los hombres homosexuales muestran habilidades cognitivas más parecidas a las de las mujeres heterosexuales que a las de los hombres heterosexuales: aptitudes verbales superiores y menor desempeño en el proceso espacial. Pero otros estudios no han encontrado diferencias en los patrones cognitivos entre hombres homosexuales y heterosexuales (Rahman y Wilson, 2003). Experimentos con muestras pequeñas

a menudo encuentran diferencias, pero las investigaciones más grandes y rigurosas tienden a no encontrarlas. Además, los primeros tienen más probabilidades de ser publicados que aquellos que no reportan hallazgos al respecto.

Algunas áreas de investigación indican posibles diferencias en las influencias prenatales entre hombres y mujeres. Por ejemplo, la aparición de la pubertad, por lo general, se presenta 12 meses después en hombres que en mujeres. Sin embargo, muchos estudios han encontrado que los hombres gays y bisexuales empiezan la pubertad más temprano que los heterosexuales. En contraste, no se han encontrado tales diferencias que se correlacionen con la orientación sexual de las mujeres (Bogart y colaboradores, 2002).

El número del embarazo y el sexo de los hermanos es otra área en la que los analistas han encontrado una correlación con la homosexualidad masculina, pero no con la femenina (Zucker y colaboradores, 2003). Estudios realizados con hombres que se identifican como homosexuales y hombres heterosexuales registraron que los primeros tenían más hermanos mayores que los segundos, y que cada hermano adicional aumentaba las probabilidades de atracción hacia el mismo sexo (Blanchard y Bogaert, 1996; Bogaert, 2005; Laumann y colaboradores, 1994; Wellings y colaboradores, 1994). No se encontró ninguna correlación entre la homosexualidad masculina y el hecho de tener hermanas mayores o menores; tampoco se develó relación alguna entre la homosexualidad femenina y los hermanos o hermanas. Estos estudios no obtuvieron evidencia de interacción sexual entre hermanos mayores y menores ni de otros factores ambientales que pudiesen haber contribuido a la atracción de los hermanos menores hacia otros hombres.

mentado patrones similares. Bell y sus colegas especularon que “si existe una base biológica para la homosexualidad, probablemente tiene que ver tanto con la inconformidad de género como con la orientación sexual” (1981, p. 217).

Implicaciones de la biología como destino

La evidencia de que la homosexualidad tiene una causa biológica descubre temas importantes. Si tiene una causa biológica, la gente que piensa que es antinatural o inmoral podría reevaluar su forma de pensar. Así la sociedad tal vez la aceptaría mejor (Stein, 1999; Woods, 2000). Sin embargo, los hallazgos de los estudios son inconsistentes con respecto a la manera en la que ven a los homosexuales aquellas personas que creen que “nacen así”. Algunas investigaciones reportan aumentos en las actitudes homofóbicas y otros señalan actitudes de aceptación más positivas acerca de temas como los maestros homosexuales e igualdad de derechos en el trabajo (Haslalm y Levy, 2006; Levy, 2006; Wolfe, 1998). ¿Qué tan común es la creencia de que la homosexualidad es innata? Depende de a quién le pregunte: aproximadamente 49% de la población en general, en comparación con 75% de los homosexuales, piensa que es algo con lo que las personas nacen (Kitch, 2006; Leland, 2000b).

Los investigadores tienen la hipótesis de que la correlación entre los hermanos mayores y la orientación homosexual masculina se debe a un aumento en la respuesta inmune materna a los embarazos sucesivos de varones. Algunas madres desarrollan anticuerpos al antígeno H-Y producido por un gen del cromosoma Y. Este antígeno influye en la diferenciación sexual prenatal del cerebro. Con cada embarazo se desarrollan más anticuerpos maternos, lo que produce un efecto aumentado en los hermanos más jóvenes. En cambio, los fetos femeninos tienen el mismo sexo de la madre, los mismos cromosomas XX, lo que hace que la respuesta inmune sea poco probable. (Bogaert, 2003a).

Los patrones de la longitud de los dedos muestran diferencia entre individuos heterosexuales y homosexuales. El dedo índice de las mujeres heterosexuales tiende a ser de la misma longitud que el anular, pero el anular de los hombres heterosexuales por lo general es considerablemente más largo que su índice. Los estudios indican que la longitud de los dedos de las lesbianas sigue el típico patrón masculino. Los hombres homosexuales tenían longitud de dedos que exageraban el patrón de los hombres heterosexuales (anular más largo que el índice). Los investigadores señalan el aumento de la masculinización de los patrones de la longitud de los dedos en hombres y mujeres homosexuales como evidencia de la exposición a niveles aumentados del andrógeno prenatal (Rahman y Wilson, 2003; Williams y colaboradores, 2000). Asimismo, el hallazgo de que los varones homosexuales tienden a tener penes más grandes que los heterosexuales (Bogaert y Hershberger, 1999) resalta el papel de los niveles elevados de andrógenos prenatales en el desarrollo de algunos gays.

Los estudios sobre la orientación sexual y el hecho de que el individuo sea zurdo o diestro muestran similitudes y diferencias en las características de hombres y mujeres homosexuales (Lippa, 2003b; Mustanki y colaboradores, 2002). Parece que el ser diestro o zurdo se establece antes del nacimiento; cuando se observa con ayuda del ultrasonido, se puede saber si el bebé será diestro o zurdo dependiendo de qué pulgar se chupe y de qué brazo tenga más movimiento. En un meta-análisis de estudios con un total combinado de casi 25 000 sujetos, los participantes homosexuales tuvieron 39% de mayores probabilidades de ser zurdos que los hombres heterosexuales (Lalumiere y colaboradores, 2000). En estudios posteriores se encontró que los hombres homosexuales tenían muchas más probabilidades de ser zurdos que las lesbianas (Lippa, 2003).

Todos estos hallazgos, considerados de manera colectiva, sugieren la importancia de las influencias prenatales (hormonales y otras) y el desarrollo del cerebro sobre la orientación sexual. Los estudios con sujetos humanos indican que los niveles elevados de hormonas prenatales masculinizantes en fetos femeninos están asociados con el lesbianismo. También indican, dependiendo de la característica, que los altos niveles de hormonas prenatales feminizantes o masculinizantes en fetos masculinos están asociados con la homosexualidad masculina (Lippa 2003a; Rahman y Wilson, 2003). Sin embargo, ningún estudio ha medido directamente las hormonas prenatales para compararlas con diferentes características a lo largo de un periodo de vida y con ello suministrar información más definitiva (Rahman y Wilson, 2003).

Otras personas se preocupan por las potenciales consecuencias negativas si se alcanza a probar que la homosexualidad tiene causas biológicas. Si se la llegara a etiquetar como un “defecto” biológico, se podría implementar la ingeniería para prevenirla o cambiarla durante el embarazo; poner en marcha técnicas de escaneo para prevenir el nacimiento de homosexuales, o bien desarrollar técnicas médicas para cambiar la orientación sexual de una persona (Stein, 1999; Gore, 1998). Además, algunos sostienen que la frase “Nacimos así, así que no nos discriminen”, usada como justificación para luchar por la igualdad de derechos y la protección de las leyes, lleva sólo a obtener la simpatía y tolerancia por tener una orientación “defectuosa” (Woodson, 2005).

En conclusión, los estudios revelan que sí existe una predisposición biológica a la homosexualidad exclusiva. Sin embargo, en general las causas de la orientación sexual siguen siendo tema de especulación; lo más probable es que se deba a múltiples rutas de desarrollo. Más que pensar en términos de una sola razón, parece más apropiado considerar que el continuo de la orientación sexual está influenciado por una interacción de varios factores psicosociales y biológicos, que son únicos para cada persona.

Actitudes sociales

Las actitudes sociales hacia la homosexualidad varían de manera considerable en todo el mundo, como veremos en el siguiente recuadro.

SEXUALIDAD Y DIVERSIDAD

La homosexualidad desde una perspectiva multicultural

Las actitudes hacia la homosexualidad varían considerablemente en diferentes culturas. Varios estudios de múltiples culturas, incluyendo las antiguas, han revelado la aceptación extendida de comportamientos homosexuales. Por ejemplo, en la antigua Grecia las relaciones homosexuales entre hombres eran consideradas una expresión intelectual y espiritual superior de amor, mientras que la heterosexualidad brindaba los beneficios más pragmáticos de los hijos y la unidad familiar. Además, más de 50% de 225 tribus nativas de Estados Unidos aceptaban la homosexualidad masculina y 17% la femenina (Pomeroy, 1965).

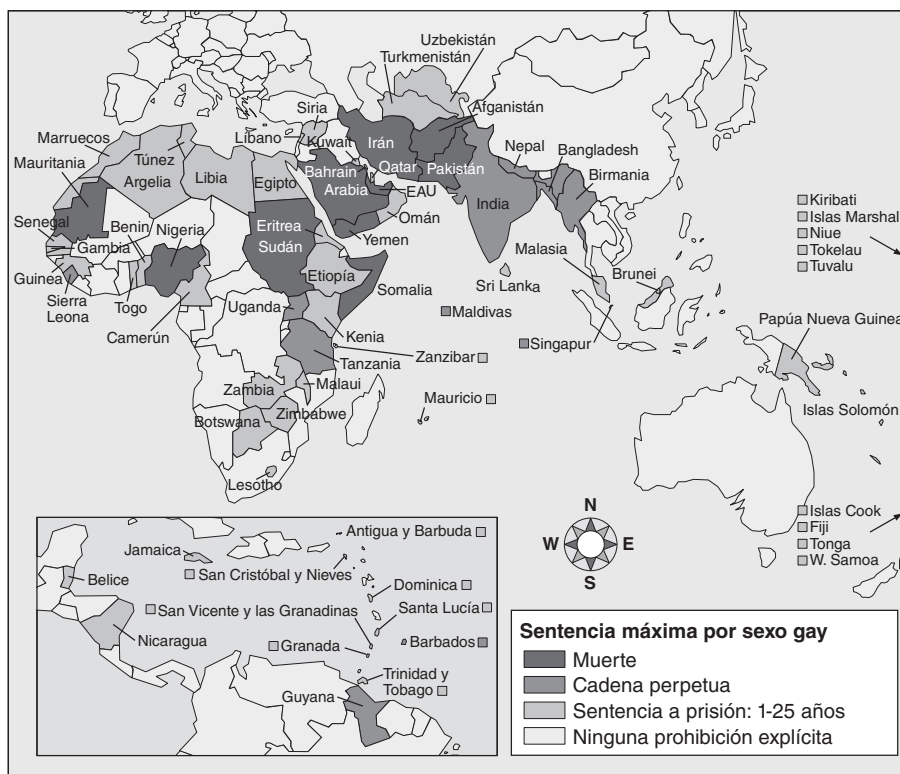
Algunas sociedades *requieren* que sus miembros tengan relaciones homosexuales. Por ejemplo, todos los varones de la sociedad sambia de las montañas de Nueva Guinea tienen un comportamiento exclusivamente homosexual desde, aproximadamente, los siete años de edad hasta el final de la adolescencia o principios de los 20, cuando se casan. Los pobladores de Sambia creen que un chico prepúber será fuerte como guerrero y cazador si bebe tanto semen como sea posible de los penes de jóvenes pospúberes. Cuando el chico alcanza la pubertad, ya no deberá chupar el pene de otros chicos, pero podrá experimentar placer erótico al dejarse chupar por chicos que aún no pueden eyacular. Desde el principio de su vida erótica y durante los años de máxima capacidad orgásmica, los hombres jóvenes mantienen un homoerotismo frecuente, obligatorio y gratificante. Durante el mismo periodo, mirar o tocar a las chicas se considera tabú. A medida que se acercan al matrimonio, estos jóvenes crean poderosas fantasías eróticas acerca de las mujeres. Durante las primeras semanas de matrimonio sólo tienen sexo oral con sus esposas; después el coito pasa a formar parte de su actividad heterosexual. Con el matrimonio detienen la actividad homosexual, tienen gran deseo sexual por las mujeres y se involucran exclusivamente en actividad heterosexual para el resto de su vida (Stoller y Herdt, 1985).

Los sucesos en Cuba demuestran cómo una sociedad puede hacer cambios rápidos con respecto a la homosexualidad. Durante los primeros 35 años de la revolución comunista, las lesbianas y los gays eran vistos como antirrevolucionarios desviados y eran expulsados del partido comunista, del Estado y de los trabajos universitarios. A algunos los enviaban a realizar trabajos forzados. En 1992 el líder cubano Fidel Castro culpó de la homofobia previa a las actitudes arraigadas del *machismo*. Expresó su apoyo por los derechos de los homosexuales y describió la homosexualidad como una tendencia humana natural que debía ser respetada. Desde entonces, las lesbianas y los gays pueden caminar por las calles tomados de las manos y unirse a cualquiera de las diferentes organizaciones homosexuales sin miedo a las represalias (Otis, 1994). La sobrina de Castro, Mariela Castro, ha estado trabajando a través de una organización financiada por el gobierno para promover la aceptación de lesbianas, gays e individuos transgénero (Israel, 2006).

Sin embargo, la extrema violación de los derechos humanos básicos de los homosexuales es común en muchos lugares del mundo, como se muestra en la **figura 9.3**. Amnistía Internacional de Estados Unidos ha puesto mayor atención a este problema. Este grupo ha documentado abusos como la decapitación de un político bisexual en Brasil, escuadrones de “limpieza social” en Colombia, la pena de muerte de individuos homosexuales en Irán e Irak, y la persecución de gays y activistas en favor de la prevención del sida en muchos países (Amnistía Internacional, 2003; El-Rouayheb, 2006; Rose, 2006). En Estados Unidos, antes de



Sexo y Política



➔ **Figura 9.3** Castigos por sexo gay.

1990, el Servicio de Migración y Naturalización estableció estatutos legales para la exclusión de homosexuales de este país, pero ahora concede asilo político a las personas que huyen de su país debido a su orientación sexual (Burr, 1996a).

En otros lugares, la igualdad de derechos va en aumento. Catorce países, en su mayoría europeos, han establecido leyes nacionales que protegen a gays, lesbianas y bisexuales de la discriminación (véase la ➔ **tabla 9.1**). Sudáfrica tiene la mayor protección global legal, la cual fue incluida en su constitución en 1996. (Nótese que Estados Unidos no aparece en esta lista debido a que todavía está pendiente de aprobarse una ley federal contra la discriminación por orientación sexual.) Las sociedades domésticas o de convivencia tienen estatus legal en Canadá, Dinamarca, Suecia, Suiza, Noruega, España, Islandia, Bélgica, Francia, dos ciudades italianas y Brasil (primer país latinoamericano en conceder este derecho) (Brooke, 2000; Henry, 2000; Power, 1998b). Sudáfrica, Países Bajos, Bélgica, España y Canadá conceden el derecho a casarse (Wines, 2005). En los Países Bajos, gays y lesbianas pueden adoptar hijos legalmente (Deutsch, 2000). En 2000, el Reino Unido se unió a Australia, Canadá y Nueva Zelanda para eliminar la prohibición de admitir a hombres homosexuales en el ejército (Wang, 2000). ■

➔ **TABLA 9.1** Catorce países con leyes nacionales que protegen a gays, lesbianas y bisexuales de la discriminación

Canadá	Irlanda	Eslovenia
Dinamarca	Israel	Sudáfrica
Finlandia	Países Bajos	España
Francia	Nueva Zelanda	Suecia
Islandia	Noruega	

Fuente: Siecus (1999c).

Actitudes judeocristianas hacia la homosexualidad

Desde la tradición judeocristiana que predomina en la cultura occidental, la homosexualidad ha sido vista de forma negativa. Muchos eruditos religiosos creen que la condena aumentó durante un movimiento de reforma judía que inició en el siglo VII a.C., a través de la cual los líderes religiosos judíos querían desarrollar una comunidad cerrada. Las actividades homosexuales eran parte de las prácticas religiosas de muchas personas en esa época, y el rechazo a tales prácticas era una manera de hacer única la religión judía (Fone, 2000; Kosnik y colaboradores, 1977). El Antiguo Testamento incluye fuertes declaraciones prohibitivas: “Uno no debe acostarse con un hombre como se acuesta con una mujer; es abominable” (*Levítico*, 18:22). (También califica de abominable comer mariscos [*Lev.* 11:10] y cortar los cabellos del hombre [*Lev.* 19:27]). En la actualidad, los judíos están divididos con respecto a la postura religiosa hacia la homosexualidad. En Israel, en 2002, el primer hombre que se declaró gay fue llevado al Knesset, o parlamento, por discrepar de los judíos ortodoxos (Landsberg, 2002). El judaísmo reformado sancionó los matrimonios del mismo sexo en 2000, mientras que los líderes de los judíos conservadores están reevaluando la prohibición sobre los matrimonios del mismo sexo y la ordenación de clérigos abiertamente gays y lesbianas (Friess, 2003).



Pensamiento crítico

¿Cómo afectan sus creencias religiosas o la falta de ellas su actitud hacia la homosexualidad?

Las leyes contra el comportamiento homosexual cuyo origen radica en las órdenes bíblicas que repudian el contacto con el mismo sexo han sido históricamente demasiado punitivas. Aquellos con orientación homosexual han sido torturados y condenados a muerte a lo largo de la historia de Occidente. En las colonias estadounidenses, los homosexuales eran condenados a muerte por ahogamiento o en la hoguera. Hacia finales de la década de 1770, Thomas Jefferson estuvo entre los líderes políticos que sugirieron reducir el castigo de muerte a castración a los hombres que cometieran actos homosexuales (Fone, 2000; Katz, 1976).



Sexo y política

Las posiciones teológicas cristianas actuales expresan una gran variedad de convicciones (Haffner, 2004). Distintas denominaciones y grupos dentro de una misma religión han tomado diferentes posturas. En las principales corrientes hay grupos que promueven que su Iglesia dé cabida a clérigos y feligreses homosexuales, mientras que las ramas fundamentalistas de esos mismos grupos se oponen a tal inclusión. Es muy probable que aumenten los conflictos entre estos dos bandos cuando traten de establecer posiciones y políticas claras acerca de la homosexualidad (Soukup, 2006; Johnson y Nelson, 2003).

La Unitarian Universalist Association y la United Church of Christ son los únicos grupos cristianos que sancionan de manera oficial la bendición de las uniones de homosexuales hombres y lesbianas (Haffner, 2000). Aunque muchas políticas oficiales de las iglesias no permiten las ceremonias de unión de gays ni de lesbianas, algunos clérigos las apoyan y realizan (Dottinga, 1998). El primer gran grupo estadounidense en ordenar a un candidato abiertamente gay fue la United Church of Christ en 1972. En 2003, el reverendo V. Gene Robinson fue consagrado como obispo en la Iglesia episcopal, convirtiéndose así en el primer obispo autoproclamado gay en cualquier grupo cristiano (Freiberg, 2003). En la dirección opuesta, en 2005 el Papa prohibió a los gays ser sacerdotes en la Iglesia católica romana (Sullivan, 2005). Muchos activistas piensan que el apoyo de las iglesias es crucial para el total éxito del movimiento en favor de los derechos civiles de este sector (Sullivan, 1997). ■

“Para los cristianos, el problema es... cómo reconciliar el rechazo y el castigo a los homosexuales con el amor de Cristo.”

— William Sloane Coffin,
antiguo capellán de Yale.

De pecado a enfermedad

Desde sus inicios hasta mediados del siglo XX, las actitudes sociales hacia la homosexualidad han cambiado. La creencia de que sus practicantes eran pecadores fue reemplazada hasta cierto punto por aquella de que estaban mentalmente enfermos. Médicos y psicólogos han utilizado tratamientos drásticos para intentar curar la “enfermedad” de la homosexualidad. En el siglo XIX se practicaban procedimientos qui-

rúrgicos como la castración. Todavía en 1951 se recurría a la lobotomía (cirugía que consistía en cortar las fibras nerviosas del lóbulo frontal del cerebro) para curar la homosexualidad. Con el mismo propósito se han utilizado psicoterapia, medicamentos, hormonas, hipnosis, choques eléctricos y terapia de aversión (administración de medicamentos inductores del vómito o choques eléctricos con estímulo homosexual) (Fone, 2000).

En la actualidad, los estudios de varias décadas contradicen la noción de que los homosexuales están mentalmente enfermos. Aunque algunas investigaciones han hallado que los varones homosexuales tienen una tasa de depresión y ansiedad apenas más alta que los hombres heterosexuales (Mills y colaboradores, 2004; Rochman, 2003), esta diferencia tal vez se deba al estigma vinculado con los gays, así como a las pérdidas y el estrés de vivir con la epidemia del sida. Alan Bell y Martin Weinberg concluyeron que “los homosexuales adultos que aceptan su homosexualidad, que no se arrepienten de su orientación sexual y que pueden funcionar de manera efectiva sexual y socialmente, no están más afectados desde el punto de vista psicológico que los hombres y las mujeres heterosexuales” (1978, p. 216).

En 1973, después de un gran conflicto interno, la American Psychiatric Association eliminó la homosexualidad de sus categorías diagnósticas de trastornos mentales. A la luz de las investigaciones contemporáneas, y al hecho de que ese organismo y la American Psychological Association ya no consideran la homosexualidad como una enfermedad mental, la mayoría de los terapeutas y orientadores han cambiado el objetivo de sus tratamientos. Más que intentar “curar” a sus pacientes homosexuales cambiando su orientación sexual, brindan **terapia de afirmación homosexual** para ayudarles a vivir en una sociedad que expresa mucha hostilidad hacia ellos (Crisp, 2006). Este cambio en la práctica terapéutica es significativo porque define el problema como la negatividad de la sociedad hacia la homosexualidad más que la homosexualidad en sí misma (Kort, 2004). Sin embargo, aún hay prejuicios heterosexistas en la terapia familiar y de salud mental debido al desconocimiento de los psicoterapeutas con respecto a temas exclusivos de los gays y lesbianas (Long y Serovich, 2003).

Algunos profesionales de la salud mental y grupos religiosos recurren a la terapia para ayudar a los individuos homosexuales insatisfechos a controlar, disminuir o eliminar sus sentimientos y comportamientos homosexuales a través de la **terapia de conversión** o **terapia de reorientación sexual** (Kemena, 2000; Nicolosi y colaboradores, 2000a). Grupos sacerdotales como Exodus International, una organización cristiana no denominacional, mezcla las enseñanzas religiosas con orientación grupal para enfocarse en los traumas de la infancia que se cree que hubieran podido provocar la homosexualidad de los participantes: abandono y violencia de los padres, madres ausentes o abuso sexual. El proceso de conversión trata de desarrollar deseo heterosexual en los participantes y, si esto falla, hacer que se abstengan de tener contacto sexual con el mismo sexo. Diferentes estudios sobre la terapia de conversión han reportado resultados diversos: de 4 a 45% de los participantes reportan que ya no luchan contra deseos o comportamientos homosexuales y que han logrado ser completamente heterosexuales, estar en una relación heterosexual o por lo menos ser más heterosexual que homosexual (Nicolosi y colaboradores, 2000b; Shidlo y colaboradores, 2001). (Las mayores tasas de éxito provienen de estudios realizados por terapeutas de conversión.)

Entre aquellos cuya orientación sexual no fue alterada por la terapia de conversión se encuentran dos de los fundadores de Exodus International, Michael Bussee y Garry Cooper, quienes abandonaron a sus respectivas esposas para estar juntos en 1979 (Goldberg, 2006). Otros individuos con quienes falló la terapia de conversión reportan que mintieron a sus terapeutas acerca de su comportamiento homosexual durante su tratamiento, y que éste había contribuido a su autodesprecio (Nguyen, 2006; Shidlo y colaboradores, 2001). Para muchas personas que no pueden hacer los cambios que desean, la creencia de que uno sólo puede “estar con Dios o ser homosexual” presenta alternativas irreconciliables. Tal dilema puede llevar al suicidio (Clementson, 2000b; M. Miller, 2000). ■



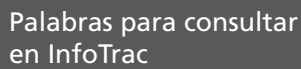
Sexo y política

Terapia de afirmación gay Terapia que ayuda a clientes homosexuales a manejar las actitudes sociales negativas.

Terapia de conversión o de reorientación sexual Terapia que ayuda a hombres y mujeres homosexuales a cambiar su orientación sexual.

Homofobia Miedos irracionales hacia la homosexualidad, el temor ante la posibilidad de ser homosexual o el odio hacia la propia homosexualidad del individuo.

Sexo y política



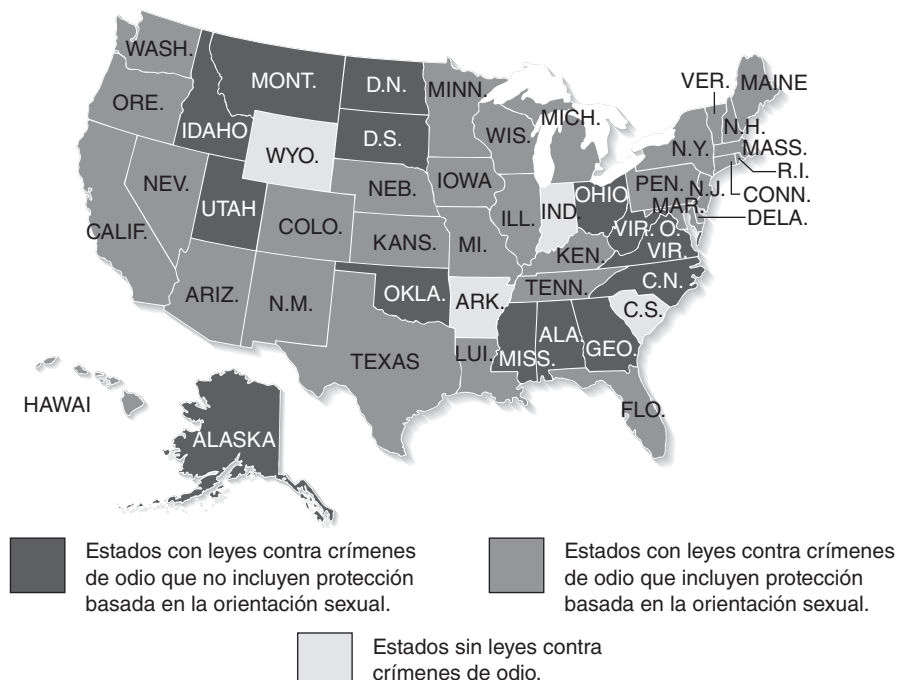
- Homophobia

Desafortunadamente, la homofobia todavía es común y a menudo juega un papel importante en la vida de muchos hombres gays, lesbianas y bisexuales. Se expresa de muchas maneras (LaSala, 2006). Por ejemplo, el senador republicano Rick Santorum, en una entrevista con la Associated Press en 2003, dijo que eliminar las leyes contra la sodomía y brindar protección a la privacidad para el sexo entre gays y lesbianas era tanto como proteger la bigamia, la poligamia y el incesto (Mondics, 2003). Unos años antes, el líder de la fracción mayoritaria en el Senado Trent Lott comparó la homosexualidad con la cleptomanía y el alcoholismo, y encabezó la oposición contra las leyes antidiscriminatorias en el trabajo porque los gays eran “peligrosos, insalubres o tan sólo están equivocados” (Fuller, 2000, p. E7). Tales expresiones contribuyen al hostigamiento y la discriminación

diaria de los que se encuentran fuera de los parámetros heterosexuales “aceptables”, y legitiman el pensamiento de los individuos que cometen *crímenes de odio* contra los homosexuales. Éstos incluyen asaltos, robos y asesinatos, y se cometen porque la víctima pertenece a cierta raza, religión o grupo étnico, o porque tiene cierta orientación sexual (Ghent, 2003; Herek y colaboradores, 1999). La película *Soldier's girl*, basada en un asesinato ocurrido en 1999, retrata la dinámica de los crímenes de odio. ■

Sexo y política

En Estados Unidos los crímenes de odio son motivo de sentencias más severas que otros asesinatos. Unos 33 estados ya cuentan con leyes contra este tipo de delitos que incluyen prohibiciones contra la violencia antigay (👉 **figura 9.4**) (Gay and Lesbian



➡ **Figura 9.4** Tipos de leyes por estado contra crímenes de odio.



© Mark Richards/PhotoEdit

La conciencia pública de los crímenes de odio contra homosexuales surgió después de la muerte de Matthew Shepard en 1998. Shepard era un estudiante abiertamente gay de la Universidad de Wyoming, de 21 años, que cursaba una carrera en diplomacia y derechos humanos. Dos chicos de su misma edad que abandonaron los estudios, golpearon a Shepard con una pistola y le rompieron el cráneo para luego amarrarlo a una barda afuera de la ciudad y dejarlo morir. Muchas personas se horrorizaron con este crimen; 700 acudieron al funeral, pero afuera de la iglesia otras personas llevaban letreros con mensajes como: "No hay lágrimas para los maricones" y "Los maricas no van al cielo".

Task Force, 2005). Más de una tercera parte de gays y lesbianas han sido víctimas de la violencia (Parrott y Zeichner, 2006). Sin embargo, los crímenes de odio son menos reportados que otros homicidios, porque los sobrevivientes no esperan ningún apoyo de las autoridades (Herek y colaboradores, 1999). ■

Causas de la homofobia y de los crímenes de odio

Asesinar a un homosexual, votar para permitir la discriminación en su contra en el empleo y contra su derecho de casarse, y llamar "tortillera" a una lesbiana con ánimo de insultarla pueden parecer actos sin relación entre sí, pero tienen elementos clave en común. Primero, reflejan el más pobre antecedente de la humanidad en su nivel más básico de no aceptar ni valorar las diferencias entre las personas. La falta de aceptación de las diferencias raciales, religiosas y étnicas ha provocado eventos inhumanos como la limpieza étnica, el Holocausto y la Inquisición. Las múltiples religiones que definen la homosexualidad de manera negativa también predisponen a grupos e individuos a asumir el mismo punto de vista. Los estudios demuestran que los sujetos más conservadoramente religiosos tienen actitudes más negativas hacia la homosexualidad que la gente que es menos conservadora en sus creencias (Kite y Whitley, 1998a; Kyes y Tumbelaka, 1994; Negy y Eisenman, 2006).

En segundo lugar, la homofobia y los crímenes de odio están relacionados con la tradicional identificación del rol de género: los individuos que tienen estereotipos tradicionales tienden a tener más sentimientos negativos acerca de la homosexualidad que otros (Herek y Gonzalez-Rivera, 2006; Louderback y Whitley, 1997). Además, los hombres en general tienen más actitudes negativas que las mujeres, lo que quizás refleja los parámetros más rígidos del rol de género para los muchachos y para hombres, comparado con los de las muchachas y las mujeres en nuestra cultura (Kite y Whitley, 1998b; Herek y Capitanio, 1999). Investigaciones hechas en Australia revelaron que los hombres jóvenes entre las edades de 14 y 17 años tienen más actitudes negativas hacia la homosexualidad que cualquier otro grupo clasificado según el mismo sexo y edad (Plummer, 2005). Las lesbianas no evocan sentimientos tan negativos en hombres heterosexuales como lo hacen los hombres homosexuales (Mahaffey y colaboradores, 2005). Esto puede deberse en parte a que los varones heterosexuales no se sienten incómodos acerca de sus sentimientos sexuales hacia las mujeres en general.



© Kevin Winter/Getty Images

"Si un hombre abiertamente homosexual toca tu brazo en un lugar público y te sientes incómodo, no es que él sea un perverso, sino que tú eres homofóbico."

—Jimmy Kimmel, en *Jimmy Kimmel Live*, 2003.



Con poca frecuencia, la homofobia se dirige a las lesbianas. El comportamiento sexual femenino con el mismo sexo resulta excitante para muchas personas, y los anuncios que sugieren sexo lésbico son bastante comunes.

Los investigadores han encontrado que la mayoría de los que cometen crímenes de odio —sólo hombres, hasta la fecha— dicen que la homosexualidad viola las normas del género masculino y que ello es la principal motivación para la violencia. Los perpetradores, que a menudo actúan en parejas o en grupos, tratan de reafirmar su “masculinidad” ante ellos mismos y ante sus amigos atacando a alguien que se ha salido de los límites rígidos de los roles del género masculino. La misma motivación hace que los individuos transgénero sean blanco frecuente de la violencia (Maurer, 1999).

La colaboración cada vez mayor entre individuos transgénero y grupos y organizaciones en favor de los derechos de los homosexuales surgió, en parte, gracias al entendimiento de la importancia de la diversidad de género (Coleman, 1999; Denny, 1999).

Otro elemento involucrado en la homofobia y los crímenes de odio es el intento por negar o suprimir los sentimientos homosexuales en uno mismo. La persona homofóbica, incómoda con su propia sexualidad, se enfoca en lo que está “mal” con la sexualidad de otras personas (Kantor, 1998). Un estudio encontró que los varones con fuertes actitudes negativas hacia los gays tienen sentimientos eróticos hacia otros hombres pero niegan estar conscientes de esta excitación (Adams y colaboradores, 1996).

En el estudio, se pidió a los hombres que vieran videos de

sexo explícito entre heterosexuales, lesbianas y gays mientras utilizaban un pletismógrafo en el pene para medir el aumento de la erección en respuesta a cada escenario. Sin conocer los resultados del pletismógrafo, los sujetos calificaron la excitación que sintieron viendo cada uno de los videos. Los hombres que no eran homofóbicos dijeron que no se habían sentido excitados con los videos gays, y el pletismógrafo confirmó esta respuesta. En cambio, los hombres homofóbicos también negaron sentirse sexualmente excitados por los videos gay, pero el aparato sí registró excitación física (Kantor, 1998). Estos hallazgos sugieren que los hombres homofóbicos no están conscientes o no quieren aceptar su excitación homoerótica. La agresión hacia los gays puede ser una reacción defensiva al malestar con sus propios sentimientos no deseados (Kite y Whitley, 1998a).

Parte de la retórica antigay más virulenta proviene de hombres de “clóset” que ocupan posiciones de liderazgo religioso. Por ejemplo, el reverendo Ted Haggard promovió sentimientos y políticas antigay como presidente de la National Association of Evangelicals (con 30 millones de miembros) y como pastor de la New Life Church en Colorado Springs (con 14000 miembros). Este hombre, asesor del presidente G. W. Bush, casado y padre de cinco hijos, admitió haber tenido una “conducta sexualmente inmoral” y abandonó ambas posiciones de liderazgo después de que otro hombre declaró que Haggard le había estado pagando por servicios sexuales cada mes durante tres años (Elliot, 2006). El reverendo Lonnie Latham, un ministro de Oklahoma y miembro ejecutivo del comité de la Southern Baptist Convention (organización fuertemente antigay), fue arrestado por proponerle sexo a un policía encubierto. John Paulk, un antiguo ejecutivo de Exodus International que decía haberse convertido en heterosexual, fue fotografiado en un bar comprándole tragos a prostitutas. El reverendo Steven Baines, decano de la Christian Church (Discípulos de Cristo) explica: “Cuando se utiliza la religión para traer represión y oscuridad más que liberación y luz, es tóxico tanto para los líderes como para sus seguidores (Baines 2006, p. 2).



¿Gays y heterosexuales riendo y llevándose bien? ¿Inocente coqueteo gay con hombres heterosexuales? La divertida serie *Queer Eye for the Straight Guy* podría aumentar la aceptación de la homosexualidad en los televidentes.

© Carlo Allegri/Getty Images

El impacto de la homofobia en los heterosexuales

La evasión cuidadosa de cualquier comportamiento que sea interpretado como homosexual puede restringir la vida de personas heterosexuales. Por ejemplo, durante el acto sexual, los hombres heterosexuales podrían no disfrutar la estimulación de sus pezones o negarse a que su compañera tomara la iniciativa si pensaran que disfrutar estos comportamientos demuestra “tendencias” homosexuales (Wells, 1991). Los amigos e incluso los familiares del mismo sexo pueden abstenerse de los abrazos espontáneos; la gente puede evitar la ropa “no femenina” o “no masculina”, o una mujer puede decidir no identificarse a sí misma como feminista por temor a ser llamada lesbiana. La homofobia puede tener un efecto especialmente significativo en la profundidad de la intimidad en las amistades masculinas (Plummer, 1999). El temor de los hombres a la atracción hacia el mismo sexo a menudo evita que se permitan la vulnerabilidad emocional requerida para mantener una amistad profunda, y así limitan sus relaciones a la competencia y el compañerismo (Nelson, 1985).

Aceptación que va en aumento

Las actitudes homofóbicas de los individuos pueden cambiar con esfuerzo, experiencia o educación. De hecho, la gente que conoce personalmente a alguien que es homosexual, por lo general acepta más la homosexualidad (Leland, 2000b; Span y Vidal, 2003). Los actos individuales de valentía también impactan: el universitario que invita a su fiesta sin hacer distinciones de orientación sexual; el contador que coloca la foto de su pareja en el escritorio o el médico heterosexual que tiene una hermana lesbiana y confronta a alguien que esté haciendo chistes o comentarios denigrantes acerca de los homosexuales; todo esto puede ayudar a marcar una diferencia (Solmonese, 2005). Nosotros vemos una tendencia positiva en cuanto a la aceptación de la homosexualidad cuando comparamos las actitudes por grupos de edad. Los adultos jóvenes (18-29 años) admiten de manera más significativa los derechos de los homosexuales que las personas de más de 30, que aun así son más tolerantes que los mayores de 50. El aumento en la aceptación puede deberse al hecho de que 65% de los menores de 50 años tiene un amigo o conocido homosexual, mientras que 45% de la gente mayor de 50 no lo tiene (Leland, 2000b).



La nueva *Batichica*, en DC Comics Serie 52, es una lesbiana salida del clóset, con una vida amorosa activa y una exnovia detective (Ferber, 2006).

From "52 Week 11" © 2006 DC Comics. BATICHICA™ DC Comics. Todos los derechos reservados. Publicado con autorización.



Vince Bucci/Getty Images

La Academia de Artes y Ciencias Cinematográficas contrató a Ellen DeGeneres como conductora de la entrega del Óscar en 2007.



Sexo y política



Palabras para consultar en InfoTrac

● Homosexualidad y medios

La homosexualidad y los medios de comunicación

Desde mediados de la década de 1960, los programas de entrevista en la televisión, como el *Show de Phil Donahue* y *Oprah*, en especial, han dado mayor exposición a gays, lesbianas y bisexuales. La llegada de Donahue a la televisión nacional coincidió con el activismo lésbico-gay, y su enfoque en temas controversiales dio a los invitados gays oportunidades sin precedente de presentar sus propias vidas y problemas. Oprah Winfrey comenzó su programa en 1986, y su estilo empático contribuyó a que conversara con invitados pertenecientes a las minorías sexuales (Gross, 2001).

La homosexualidad se hizo más visible y fue tratada de una manera más positiva en el cine de la década de 1990. La cinta de 1993 *Philadelphia*, protagonizada por Tom Hanks, fue la primera película importante de Hollywood en confrontar la homofobia y el sida, y fue un éxito de taquilla. Robin Williams interpretó el papel de un hombre en una relación gay de toda la vida en *The Birdcage* (*La jaula de las locas*), un filme popular acerca de dos familias con puntos de vista opuestos en lo social y lo sexual. Estas cintas mostraban las caras exótica y trágica de la homosexualidad. A finales de la década de 1990, películas como *In and Out* y *My Best Friend's Wedding* comenzaron a retratar a los homosexuales en papeles más comunes. La película *Brokeback Mountain*, una historia de amor entre dos vaqueros de Wyoming, ganó muchos premios y fue el primer romance del mismo sexo en ser el lugar número uno de taquilla (Vary, 2006).

En la televisión por cable, la serie *Queer Eye for the Straight Guy* retó los prejuicios acerca de las relaciones entre hombres heterosexuales y homosexuales, y *Six Feet Under* y *The L Word* dieron vida a personajes gays y lésbicos bastante complejos (Archer, 2006). *Queer as Folk*, que trataba sin restricciones la vida gay, recibió quejas de los televidentes de este sector por proyectar una imagen del sexo por diversión y el uso de drogas (Shelton, 2003; Tipton, 2003). *South of Nowhere*, el único programa que tiene a una adolescente lesbiana como protagonista principal, explora su nueva relación con el mismo sexo y las reacciones de sus amigos y familiares (Kennedy, 2006).

Conocer mejor a los gays a través de los medios brinda una oportunidad para una mayor familiaridad y entendimiento de la homosexualidad. La Alianza de Gays y Lesbianas en contra de la Difamación (GLAAD, por sus siglas en inglés) honra anualmente las representaciones más sobresalientes de lesbianas, gays, bisexuales y personas transgénero, y reconoce a miembros de los medios que han promovido la igualdad de derechos para las minorías sexuales. Por ejemplo, en un episodio de enero de 2006 de la telenovela *General Hospital* de la cadena ABC, se habló fuertemente para repudiar la violencia homofóbica contra el personaje gay *Lucas*, y se incluyó un anuncio de servicio público de los recursos existentes (Grant, 2006). Cinco meses después, un comunicado de prensa informó que en un próximo episodio de la telenovela *As the World Turns* de CBS, el personaje de Luke haría pública su homosexualidad ("salir del clóset"), e incluiría un anuncio de servicio público para estimular a los televidentes a hacer la diferencia combatiendo "el rechazo, el prejuicio y la violencia" que enfrentan los homosexuales a diario. En respuesta, la Traditional Values Coalition atacó el anuncio e intentó infructuosamente forzar a la CBS a que lo eliminara, calificando a la GLAAD como "una de las organizaciones más peligrosas de Estados Unidos" (Romine, 2006, p. 3). ■

► Estilos de vida

En ocasiones escuchamos referencias sobre el "estilo de vida gay" cuando la gente habla en la calle, pero ¿qué es exactamente el *estilo de vida gay*? El término probablemente no implica que todos los gays hagan el mismo trabajo o tengan la misma diversión y actividades espirituales. La frase *estilo de vida* parece ser un eufemismo para denotar una conducta sexual entre compañeros del mismo sexo (Howey y Samuels, 2000). En este análisis veremos que los estilos de vida homosexuales son tan variados como los heterosexuales. Todas las clases sociales, ocupaciones, razas, religiones y corrientes

políticas están representadas entre la gente homosexual. Las únicas características que los homosexuales necesariamente tienen en común son su deseo de satisfacción emocional y sexual con alguien del mismo sexo y sus experiencias de opresión debidas a un ambiente social hostil. Primero veremos los problemas relacionados con hacer pública su orientación sexual, lo que se conoce como “salir del clóset”, y cómo el ser discreto o abierto acerca de esto afecta la vida de gays y lesbianas.

Asumirse o salir del clóset

El punto hasta el cual los homosexuales deciden ser discretos o abiertos acerca de su orientación sexual afecta de modo significativo su estilo de vida. Existen varios grados de estar “en el clóset”, y varios pasos para **asumirse** o salir de él reconociendo, aceptando y expresando con apertura la propia homosexualidad (Patterson, 1995). Gays, lesbianas y bisexuales basan su decisión de asumirse en temas de seguridad y aceptación de ellos mismos y de otros. Ser abiertamente lesbiana, gay o bisexual puede ser muy liberador para cada quien, pero no muy adaptativo en todas las situaciones (Anderson y Holliday, 2003; Oswald y Culton, 2003). Pasar como heterosexual puede ayudar a un individuo a evitar las consecuencias sociales negativas, pero aumenta el estrés de mantener el secreto (Berger, 1996). Las circunstancias individuales afectan de manera significativa las decisiones acerca del proceso de asumirse públicamente. El contexto histórico también influye en dicho proceso, como lo indica un estudio de tres diferentes generaciones de lesbianas:

1. Lesbianas que se hicieron adultas antes de la época de los derechos de los homosexuales en los años 1970.
2. Lesbianas que se hicieron adultas durante la época de los derechos de los homosexuales, entre 1970 y 1985.
3. Lesbianas que se hicieron adultas después de 1985.

Con cada grupo de edad consecutivo, la conciencia de su orientación sexual, la primera experiencia sexual con el mismo sexo, etiquetarse a ellas mismas como lesbianas y *destaparse* ante otros ocurrió más temprano en sus vidas. Por ejemplo, las mujeres más jóvenes tenían, en promedio, 20 años cuando se identificaron como lesbianas, mientras que las mujeres de más edad tenían 32. El cambio más significativo en el tiempo fue que más y más mujeres tuvieron experiencias sexuales con otras mujeres antes de tenerlas con hombres. Esto fue válido para el grupo de menor edad, mientras que lo contrario fue válido para la mayoría de las mujeres en los otros dos grupos (Parks, 1999).

Aunque la decisión de asumirse públicamente es única de cada individuo y situación, existen varios elementos en común en todos los casos: autoreconocimiento, autoaceptación y asumirse. Estudiaremos cada uno de ellos en las siguientes secciones.

Autoreconocimiento

El paso inicial para asumirse, por lo general, es darse cuenta de que él o ella siente diferente del modelo heterosexual (Meyer y Schwitzer, 1999). Algunas personas reportan que sabían que se sentían atraídas hacia el mismo sexo desde que eran niños pequeños. Muchos se dan cuenta durante la adolescencia de que algo falta en sus relaciones heterosexuales y que encuentran sexualmente atractivos a los amigos del mismo sexo (Cloud, 2005; Mallon, 1996).

Una vez que los individuos reconocen sus sentimientos homosexuales, por lo general deben confrontar su propia homofobia interna a medida que manejan la realidad de que pertenecen a un grupo minoritario estigmatizado (Katz, 1995). Algunos hombres y mujeres homosexuales

Asumirse o salir del clóset Proceso de darse cuenta y descubrir o revelar la propia identidad homosexual.



El gobernador de Nueva Jersey, el demócrata James McGreevey, era casado cuando renunció a su puesto después de que su amante intentó extorsionarlo a cambio de mantener en secreto su relación homosexual.

tratan de suprimir su orientación sexual, incluso de su propia conciencia, y a menudo lo logran. Estas personas buscan activamente encuentros sexuales con sujetos del sexo opuesto, y es común que se casen en su intento de convencerse a sí mismos de su “normalidad” (Dubé, 2000). Diversos homosexuales que han estado casados (un tercio de las mujeres y un quinto de los hombres en el estudio de 1978 de Bell y Weinberg) lo hicieron con toda la intención de evitar su inclinación sexual.

Autoaceptación

La aceptación de la homosexualidad es el siguiente paso importante después de darse cuenta. La autoaceptación a menudo es difícil, porque significa vencer el punto de vista homofóbico negativo interno y de la sociedad acerca de esta orientación sexual.

Al principio, una persona homosexual tiene dificultad con las actitudes condenatorias contra la homosexualidad... Sus prejuicios contra él mismo son un paralelo casi exacto del prejuicio contra este sector que existe en la gran cultura. (Weinberg, 1973, p. 74.)

Cuando los individuos pertenecen a un grupo socialmente estigmatizado, la autoaceptación se convierte en una dificultad pero a la vez en un reto esencial (Ryan y Futterman, 2001).

Asumirse puede ser muy problemático para los adolescentes (Kitts, 2005). La mayoría de gays y lesbianas experimentan confusión acerca de sus sentimientos y hay pocos lugares a dónde acudir en busca de guía y apoyo (Rosario y colaboradores, 2002; Russell, 2001).

De hecho, es común que encuentren hostilidad y hostigamiento exacerbados (Satterly y Dyson, 2005). En una etapa de desarrollo en que el sentido de pertenencia a su grupo de amigos es especialmente importante, casi la mitad de gays y lesbianas adolescentes perdió por lo menos a un amigo cuando se asumieron públicamente como tales (Ryan y Futterman, 1997). El juicio de su propia familia es otra fuente de estrés para estos chicos (Ueno, 2005). Algunos padres corren a sus hijos de la casa o dejan de apoyarlos con sus estudios.

A pesar de la discriminación que enfrentan los adolescentes homosexuales, muchos de ellos pueden manejarse con eficacia y desarrollar una identidad positiva e integrada (Savin-Williams, 2005). Es de mucha utilidad para gays y lesbianas tener por lo menos un adulto con quién hablar, que los apoye y no los juzgue. La Internet les brinda conexiones con otras personas para ayudar a reducir su soledad. Los grupos de apoyo y las organizaciones de gays adolescentes están surgiendo para ayudarlos a lidiar con las dificultades que enfrentan. La primera escuela preparatoria pública acreditada para estudiantes gays, Harvey Milk School, en la ciudad de Nueva York, abrió sus puertas en el otoño de 2003 para brindar a sus alumnos un ambiente de aprendizaje seguro y de respaldo (Henneman, 2003).

Asumirse o salir del clóset

Después del darse cuenta y autoaceptarse, viene la decisión de ser discreto o abierto. Ocasionalmente, gays y lesbianas pueden encontrar que otros abren de manera abrupta la puerta del clóset para ellos. En el castellano se han creado vocablos coloquiales para designar el hecho de poner en evidencia la preferencia sexual oculta de alguien. En México, por ejemplo, se le llama “balconear” al hecho de poner en evidencia a alguien y, por extensión, a *destapar* su orientación homosexual secreta. Por otro lado, ser homosexual por lo general requiere tomar decisiones sobre si quedarse en el clóset o salir de él a medida que surgen nuevas relaciones y situaciones (Kelly, 1998). **Pasar** es un término que en ocasiones se utiliza para mantener la falsa imagen de heterosexualidad (Lynch, 1992). Hacerse pasar como heterosexual generalmente es fácil porque la mayoría de las personas asumen que todos lo son. Los heterosexua-

Simular o pasar Presentar una falsa imagen de ser heterosexual.

les a veces no entienden los problemas relacionados con el hecho de asumirse, como se ejemplifica en el siguiente comentario:

No veo por qué tengan que contárselo a alguien. Podrían vivir su vida sin hacer tanto escándalo. (Archivo de los autores.)

En algunas interacciones diarias, la orientación sexual es irrelevante, pero la homosexualidad y la heterosexualidad son dos corrientes que afectan muchas partes de la vida. Imagínese ser un homosexual de clóset y escuchar a un amigo que hace una referencia ofensiva de alguien diciéndole “puto” o “puñal”; o que le pregunten: “¿Cuándo te vas a casar?”; o que lo inviten a una fiesta de la oficina y le digan que puede llevar a su pareja. En palabras de un autor: “Debido a su estatus devaluado, la afirmación o declaración de homosexualidad se convierte en un acto más significativo que lo que sería para un heterosexual, con consecuencias significativas en el estilo de vida (Gagnon, 1977, p. 248). En el recuadro titulado “Guía para descubrirse como homosexual ante los amigos”, ofrecemos algunas recomendaciones para salir del clóset.

Con algunas excepciones, cuanto más quiere uno estar dentro del “sistema”, mayor es el riesgo de descubrir la orientación sexual. El empleo, la posición social y los amigos, todo puede estar en peligro (Druzín y colaboradores, 1998; Horvath y Ryan, 2003). Lo conservador de la comunidad circundante o el momento en la historia pueden afectar la decisión de *destaparse* y ante quién (Stein, 2001). Descubrirse es un gran problema para los homosexuales adultos que son padres. Alrededor de 60% de hombres y mujeres homosexuales que han estado casados tienen por lo menos un hijo (Bell y Weinberg, 1978). Es común que los padres gays pierdan la custodia o los derechos de visita debido estrictamente a su orientación sexual, sin importar si son buenos padres (Schwartz, 1990).

Contarle a la familia

Pronunciarse como homosexual ante la familia puede ser más difícil que ante los demás. Es un paso muy significativo, como lo ilustra la siguiente declaración de un hombre de 35 años.

La mayor parte de mis vacaciones en casa estuvieron bien, pero el final fue de verdad difícil. El tema de los gays salía a cada rato en la conversación. Mi madre fue muy dura con ellos (nosotros), y por supuesto que estuve en desacuerdo con ella. Finalmente me preguntó que si yo era uno de ellos y le dije que sí. Le fue muy difícil manejarlo. Hizo muchas preguntas, que respondí con calma, honestidad y de manera racional tanto como pude. Pasamos un día difícil juntos. Para mí fue muy doloroso verla sufrir tanto y ni siquiera imaginar que el problema es la opresión de los homosexuales. Me hubiera gustado que mi madre no hubiera tenido que sufrir tanto con esto. (Archivo de los autores.)

Los padres pueden reaccionar con ira o culpa acerca de “lo que hicieron mal” (Woog, 1997). Los estudios indican que, a medida que las actitudes sociales acerca de la homosexualidad se hacen más positivas, los padres pueden ser más receptivos al proceso de asumirse (Pearlman, 2005). Las familias que son menos rígidas y autoritarias y más cohesivas tienden a reaccionar con menos estrés ante este acontecimiento (Willoughby y colaboradores, 2006). La **tabla 9.2** muestra cómo muchos lectores de la revista *The Advocate* le han comunicado a sus padres su orientación sexual, y cómo éstos han reacciona-

TABLA 9.2

Lectores de la revista *The Advocate* responden la pregunta “¿Se ha asumido ante sus padres?”

Respuesta	Porcentaje
Sí, y tomaron bien la noticia	63
Sí, y me rechazaron	11
No	26

Fuente: *The Advocate* (enero 20, 1998, p. 22).

Guía para descubrirse como homosexual ante los amigos

Si usted es gay o lesbiana, espere lo inesperado cuando se lo comunique a un amigo. Un amigo que es “liberal” puede ser más difícil que una persona más “conservadora”. Es esencial recordar que las reacciones de su amigo dicen algo acerca de las fortalezas y debilidades de él, más que acerca de usted. Las siguientes recomendaciones van destinadas a ayudarlo a diseñar su plan para salir del clóset. Están adaptadas del libro *Outing Yourself* de Michelangelo Signorile (1995).

1. **Red de apoyo.** Deberá contar con una red de apoyo de gays, especialmente de aquellos que ya se han descubierto ante muchas personas en su vida. Sus experiencias y apoyo le darán una base sólida sobre la cual actuar.
2. **Primera opción.** Trate de que su primer *destape* ante una persona heterosexual sea fácil. No escoja a su mejor amigo porque los riesgos son grandes. Escoja a alguien que usted espera que lo acepte. La persona también necesita ser digna de confianza y capaz de guardar el secreto por un rato mientras usted lo comunica a otros.
3. **Práctica mental.** Practique imaginando con detalles reales cómo hará la revelación. Véase en una escena ordinaria donde usted y su amigo se sientan cómodos. Visualice sentirse complacido con usted mismo por compartir algo con lo que usted se siente bien (no algo por lo que se tiene que disculpar). Practique diciendo: “Hay algo de mí que quiero contarte, porque nuestra amistad es importante para mí. Te tengo mucha confianza y eres uno de mis mejores amigos: ‘soy lesbiana’ (o ‘soy gay’).”

4. **Planee con suficiente anticipación.** Escoja el momento. Asegúrese de tener el tiempo necesario para hablar bastante si las cosas salen bien. Elija el lugar: compruebe que sea cómodo para los dos. Arregle que uno de sus amigos gays esté disponible para brindarle apoyo y para el interrogatorio. Prepárese para responder con calma preguntas como: “¿Cómo sabes que eres gay?” “¿Desde cuándo lo sabes?” “¿Qué lo causó?” “¿Puedes cambiar?” “¿Tienes sida?”
5. **Sea paciente.** Recuerde que usted le está contando a su amigo algo para lo cual él o ella no estaba preparado, mientras que usted sí pudo hacerlo. Muchas personas se sorprenden, se escandalizan y confunden, y necesitan tiempo para pensar o hacer preguntas. Una reacción inicial negativa no necesariamente significa que el amigo o no lo aceptará. Si éste reacciona de manera negativa, pero muestra respeto, quédese y converse con él. Simpatice con su sorpresa y confusión: “Puedo ver que esta noticia te molesta.”
6. **Controle su ira.** Si la persona se pone hostil o lo insulta, termine la reunión gentilmente: “Lamento que no tomes bien mis noticias, así que será mejor que me vaya.” No le dé a su amigo una razón real para que se enoje con usted siendo rudo o grosero o saliéndose de sus casillas. A medida que vaya asumiéndose ante diferentes personas, se dará cuenta de que no todos quieren ser su amigo o mantener la amistad con usted. Con otros, la relación podría crecer si los deja conocerlo más a fondo. Con el tiempo irá creando una red de amigos con quienes podrá disfrutar la libertad de ser usted mismo.

do. Potencialmente es más problemático salir del clóset ante la esposa e hijos que ante los padres. Un gay o una lesbiana de clóset con un matrimonio heterosexual puede tener muchas preocupaciones acerca de las reacciones de su cónyuge y de sus hijos, quienes tienden a luchar en contra de que él o ella se asuman como tales (Sanders, 2000).

DOONESBURY

por Garry Trudeau



DOONESBURY © 1997 por G.B. Trudeau. Reimpreso con autorización de Universal Press Syndicate. Todos los derechos reservados.

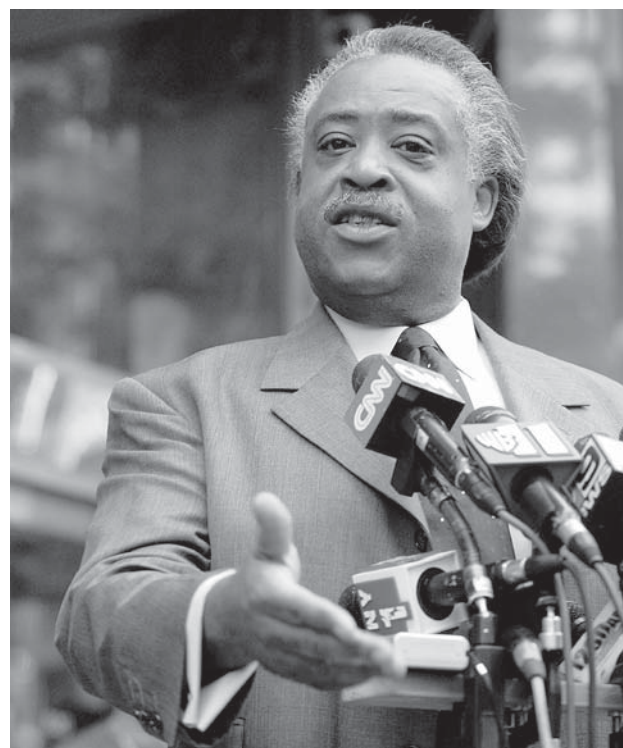
Los gays, lesbianas y bisexuales de diversos grupos étnicos tienden más que los de raza blanca a permanecer en el clóset con sus familias y comunidades, en lugar de ser abiertos y enfrentar la discriminación no sólo de su familia, sino también de su raza (Span y Vidal, 2003; Zea y colaboradores, 2003). Por ejemplo, las culturas asiáticas tradicionales dan mayor significado a la lealtad y a la buena relación con la familia que a las necesidades y deseos individuales. Ser abiertamente homosexual es visto como una vergüenza para la familia, y no casarse para crear herederos a fin de transmitir el apellido es un fracaso familiar. Además, el lesbianismo es una afrenta para las tradiciones de un grupo étnico que espera virginidad en las mujeres solteras y para el cual el significado de “buena mujer” es “no sexual”, principalmente. La organización de Padres, Familias y Amigos de Lesbianas y Gays (PFLAG, por sus siglas en inglés), que tiene más de 400 representaciones en todo Estados Unidos, ayuda a los padres y a otras personas a fomentar el entendimiento, la aceptación y el apoyo.

En general, la comunidad afroamericana tiene perspectivas negativas más fuertes que la sociedad de blancos. El director ejecutivo de Gay Men of African Descent, de Nueva York, dijo: “¿Caminar tomados de la mano por la calle? Eso es algo que yo no haría en Harlem” (Leland, 2000b). La expresión “por debajo del agua” (*on the down-low*) se refiere a los hombres negros que tienen relaciones sexuales en secreto con otros hombres mientras aparentan ser heterosexuales teniendo novia o esposa (Kalb y Murr, 2006). Un estudio reveló que las lesbianas y los gays afroamericanos tenían una mayor incidencia de estrés depresivo que los blancos, debido en parte al doble estigma de la raza y la orientación sexual (Cochran y Mays, 1994). El énfasis de la masculinidad como la norma ideal del género en el segmento socioeconómico más bajo de la comunidad afroamericana (y el énfasis en el *machismo* en los latinos) crea una dificultad particular para los homosexuales no conformes con su género.

Desafortunadamente, el prejuicio antigay ha evitado que las comunidades afroamericanas enfrenten la crisis del sida de manera proactiva (Cose, 2006; Bond, 2006). Aunque líderes como el reverendo Al Sharpton, Coretta Scott King y el reverendo Jesse Jackson han respaldado los derechos civiles de los homosexuales, la influencia de fuertes creencias fundamentalistas cristianas contribuyen a crear un mayor grado de intolerancia en toda la comunidad negra (Gallagher, 1997a; Monroe, 1997). Un estudio realizado con alumnos universitarios encontró que la mayor religiosidad en estudiantes afroamericanos era una variante significativa asociada con mayores actitudes negativas hacia la homosexualidad (Negy y Eisenman, 2005).

Participación en la comunidad gay

La necesidad de pertenecer es una característica humana que se siente profundamente. Para muchos homosexuales, un sentido de comunidad ayuda a obtener una sensación de pertenencia, y la afirmación y aceptación que se pierde en la gran cultura (Russell y Richards, 2003). La participación política y social con otros homosexuales es otro paso para descubrirse. Gays y lesbianas han ayudado a fundar organizaciones de servicio, centros educativos y agrupaciones profesionales como la Gay and Lesbian Medical Association y la Gay and Lesbian Criminal Justice Professionals (Hayden y Peraino, 1999). También se han formado fraternidades gays en las universidades de Estados Unidos (DeQuine, 2003). Las comunidades homosexuales de retiro brindan una alternativa a las tradicionales, en las que los adultos mayores con preferencias sexuales diferentes de las de la mayoría tienen que mantenerse a la defensiva contra las actitudes negativas de otros residentes (Rosenberg, 2001). Se han establecido organizaciones religiosas para homosexuales, como la Metropolitan Community Church (con más de 40 000 miembros), con 400

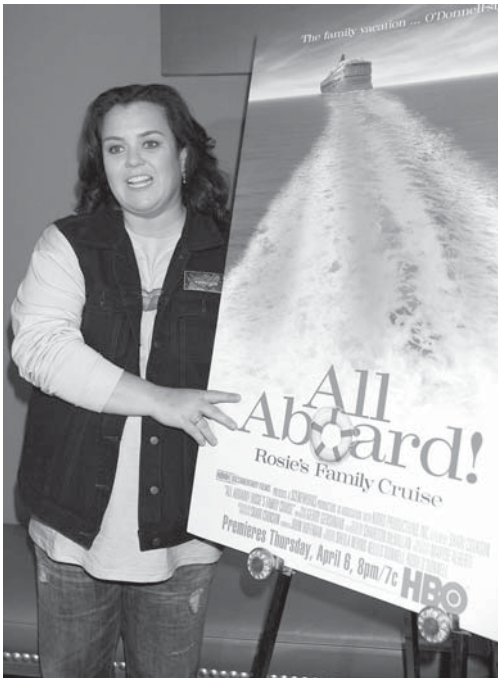


© Reuters/Corbis

El reverendo Al Sharpton, dirigiéndose al Justice Coalition Summit en Atlanta, Georgia, dijo: “En 2004, la derecha religiosa estaba preocupada por la elección de George W. Bush. No podían venir a las iglesias de negros para hablar de guerra o acerca de la salud y la pobreza. Así que hicieron lo que siempre hacen, lanzaron su intolerancia contra gays y lesbianas.”

congregaciones en 19 países y grupos denominacionales como la Dignity for Roman Catholics y la Integrity for Episcopalians (Gallagher, 1994; Michael y colaboradores, 1994). Además, la Internet ha creado una comunidad gay virtual como nunca antes había sido posible (Shernoff, 2006).

La crisis del sida precipitó el aumento en la participación y coherencia comunitaria (Fineman, 1993). Las comunidades gays y lésbicas movilizaron esfuerzos educativos, desarrollaron programas innovadores para el cuidado de pacientes con sida, crearon una impresionante red de voluntarios para brindar el apoyo necesario a personas con sida y presionaron para crear una conciencia sobre esta pandemia y recaudar fondos para la investigación médica.



La comedianta Rosie O'Donnell creó un paquete vacacional especial para familias lésbico-gays.

© Katy Winn/corbis

Relaciones homosexuales

Algunas personas creen erróneamente que las parejas homosexuales siempre siguen los roles estereotipados de “varón” activo y mujer “pasiva”. Como este modelo de juego de roles hombre/mujer ha predominado históricamente en nuestra cultura, las relaciones íntimas tanto heterosexuales como homosexuales son concebidas bajo este modelo (O'Sullivan, 1999). Sin embargo, actualmente existen relaciones más igualitarias entre heterosexuales y homosexuales. Respecto de los roles de género, una relación homosexual es más flexible que una heterosexual en nuestra sociedad.

Las parejas gays y lésbicas tienen retos parecidos a los de las heterosexuales en su afán de lograr relaciones satisfactorias. Además de sus preocupaciones distintivas como miembros de una minoría estigmatizada, deben enfrentar desafíos como dar a conocer su relación en su vida personal y laboral, y manejar el estrés de la discriminación y el prejuicio antigay (Otis y colaboradores, 2006).

Aspectos de las relaciones lésbico-gays

Un estudio que comparó las características de las relaciones homosexuales y heterosexuales encontró una gran diferencia: las parejas heterosexuales tendían a adherirse más a las expectativas de rol de género que las homosexuales (Peplau, 1981). La mayoría de las parejas gays estudiadas se asemejaban a una relación de buenos amigos, combinada con atracción romántica y erótica.

Este estudio también encontró muchas semejanzas entre las relaciones heterosexuales y homosexuales. Las muestras comparadas indicaron que el poder hablar acerca de los propios sentimientos más íntimos con una pareja era lo más importante en una relación amorosa. Además, los compañeros de una relación amorosa, sin importar su orientación sexual, deben conciliar su deseo de estar juntos y su independencia. Para muchos individuos estos aspectos no eran mutuamente excluyentes; algunos deseaban tanto el amor seguro de una relación como las actividades y amistades separadas de ésta.

Las respuestas de las lesbianas y las heterosexuales fueron distintas en algunos aspectos de las que dieron los gays y los heterosexuales. Las mujeres concedieron mayor puntuación a la importancia de tener un vínculo igualitario y a tener actitudes y corrientes políticas similares. Para ellas, la expresividad emocional en la relación es más importante que para los hombres. Comparadas con las interacciones sexuales de las heterosexuales, las de las lesbianas suelen incorporar más características asociadas con un mayor placer sexual. Una revisión de estudios comparativos de las experiencias sexuales de mujeres de ambas orientaciones encontró que las parejas de lesbianas tenían una mayor interacción sexual no genital antes del contacto genital, sus encuentros íntimos duraban más, se sentían más cómodas utilizando un lenguaje erótico con

su compañera, eran más asertivas sexualmente y su tasa de problemas para alcanzar el orgasmo era más baja (Iasenza, 2000).

Otro estudio utilizó un inventario de satisfacción marital para comparar el funcionamiento de parejas gays y lésbicas con parejas heterosexuales cohabitantes (Means-Christensen y colaboradores, 2003). Uno de sus hallazgos fue que el grueso de las parejas tenían más semejanzas que diferencias en áreas como la comunicación para resolver problemas, control de las finanzas y agresión física y verbal. Sin embargo, una diferencia entre los grupos fue que las lesbianas y los hombres heterosexuales reportaron mayores niveles de satisfacción con la calidad de la expresividad emocional y el tiempo de diversión compartida que los gays y las mujeres heterosexuales.

Diferencias en la actitud y el comportamiento sexual entre gays y lesbianas

Los hombres y las mujeres homosexuales difieren en el número promedio de parejas sexuales. Las lesbianas tienden a tener menos parejas sexuales, y cuando las establecen tienden a tener relaciones monógamas más que las parejas de varones (Dubé, 2000; Rothblum, 2000). Las lesbianas asocian la cercanía emocional con el sexo más que los gays, un hallazgo que es consistente con los patrones heterosexuales hombre/mujer estudiados en el capítulo 7. Según otro estudio, la mayoría de las lesbianas esperaba tener sexo con la pareja sólo después de haber fomentado la intimidad emocional. Aunque 46% de los gays habían sido amigos de su pareja antes de tener relaciones sexuales, como grupo tendían más que las lesbianas a sostener encuentros casuales o con gente que acababan de conocer (Sanders, 2000). La socialización del rol de género es más permisiva con el hombre, incluso lo estimula, en relación con tener experiencias de sexo casual, que con las mujeres.

A principios de la década de 1980, una subcultura lésbica de “sexo radical” comenzó a desarrollarse como algo que no tenía paralelo entre las mujeres heterosexuales. La participación en el sexo por diversión, anónimo, estrambótico, en grupo, sado-masoquista y de rol polarizado rebasaron los típicos límites de la sexualidad femenina. Surgieron organizaciones para lesbianas que gustaban de estas expresiones sexuales, y esta subcultura continúa creciendo (Bonet y colaboradores, 2006; Nichols, 2000).

Antes de la epidemia del sida, algunos gays solían involucrarse en encuentros sexuales casuales, en ocasiones en cientos o más (Bell y Weinberg, 1978; Kinsey y colaboradores, 1948). A veces, estos eventos eran excesivamente breves, y ocurrían en baños públicos, sanitarios o en cabinas de video de tiendas pornográficas. Este tipo de contacto sexual efímero por diversión se está popularizando de nueva cuenta debido a la percepción generalizada de que el sida ha dejado de ser, hasta cierto punto, una condena de muerte (Jefferson, 2005). Sin embargo, el involucramiento sexual con muchas parejas no es universal entre los gays (Isay, 1989; Kurdek, 1995a). Algunos desean tener una fuerte relación emocional antes de involucrarse sexualmente. Y para algunos hombres, entablar una relación elimina el interés sexual por otros hombres.

Vida familiar

Tradicionalmente, se ha considerado que una familia está formada por una pareja heterosexual y sus hijos, pero en la sociedad contemporánea existen muchas formas de familia. Las encuestas indican que entre 45 y 80% de lesbianas y entre 40 y 60% de gays mantienen una relación estable; y muchos cohabitan con su pareja (National Gay and Lesbian Task Force, 2003). Los homosexuales también forman unidades familiares, ya sea como padres solteros o como parejas con hijos, quienes son incluidos en el núcleo por diferentes circunstancias. Los datos del censo muestran que 33% de las parejas lésbicas y de mujeres bisexuales, y 22% de las parejas de gays y de hombres bisexuales están criando hijos (National Gay and Lesbian Task Force, 2003). Estas familias no sólo radican en

En apoyo al matrimonio de personas del mismo sexo, los actores Angelina Jolie y Brad Pitt dijeron en su momento que no se casarían legalmente hasta que gays y lesbianas tuvieran el derecho de hacerlo.





áreas urbanas progresivas: en 96% de los condados de Estados Unidos viven familias con padres homosexuales (Johnson y Piore, 2004). Muchos tienen hijos nacidos en matrimonios heterosexuales previos. Un hombre o una pareja gay puede solicitar la ayuda de una vicaria para tener un bebé. Otros se convierten en padres con niños adoptados (Brooks y Goldberg, 2001; Sherman, 2002).

La mayoría de las leyes acerca de la adopción por homosexuales son ambiguas, y en muchos casos éstos adoptan como individuos y no como parejas (Galst y Hilty, 2003; Ryan y colaboradores, 2004). En 1998, Nueva Jersey se convirtió en el primer estado de la unión americana en permitir la adopción de niños por parte de parejas homosexuales, y a partir de entonces California, Connecticut, Illinois, Massachussets, Nueva York, Vermont y el distrito de Columbia han establecido leyes para permitir este tipo de adopciones. Cinco estados, Florida, Nebraska, Oklahoma, Utah y Misisipi tienen leyes que las prohíben (National Gay and Lesbian Task Force, 2006; Tate, 2001). ■

La gente ha cuestionado la capacidad de los padres homosexuales para brindar un ambiente familiar positivo a los niños. Sin embargo, los estudios han encontrado que los hijos de lesbianas no son esencialmente diferentes de los otros niños en términos de desarrollo general, autoestima, problemas relacionados con el género, rol de género y orientación sexual (Golombok y colaboradores, 2003). La mayoría de los infantes con padres homosexuales crecen como heterosexuales (Bailey y colaboradores, 1995; Golombok y Tasker, 1996). Después de analizar los estudios científicos sobre la paternidad de gays y lesbianas, la American Academy of Pediatrics decidió avalar la adopción por parejas lésbico-gays para brindar a los niños la seguridad de dos padres reconocidos por la ley (Contemporary Sexuality, 2002a).

Desafortunadamente, los niños con padres homosexuales suelen enfrentar los prejuicios de otras personas (Barovick, 2002). Por lo general, tienen que aprender a ignorar los apodos, el que los padres de sus amigos le prohíban a sus hijos visitar sus casas, y la ignorancia de otros (Howey y Samuels, 2000). Por ejemplo, cuando un maestro de sexto año pidió ejemplos de diferentes tipos de familias, una niña que vivía con su madre y la pareja femenina de ésta contestó: “Lesbiana.” El maestro replicó: “En un pueblo tan agradable como éste no puede haber lesbianas.” (Kantrowitz, 1996, p. 53.)

El creciente movimiento por los derechos de los homosexuales, que se inició en la década de 1960, ha brindado apoyo a muchos de ellos, y ha promovido un mayor conocimiento y aceptación en la comunidad en general. En la siguiente sección describiremos algunas actividades de este movimiento.

➊ Movimiento por los derechos de los homosexuales



Palabras para consultar en InfoTrac

- Movimiento por los derechos de los homosexuales

Cuarenta años antes de la Segunda Guerra Mundial se fundó en Alemania la primera organización promotora de la educación acerca de la homosexualidad y de la abolición de las leyes en contra de esta orientación sexual. Sin embargo, la llegada de los nazis al poder acabó con el movimiento por los derechos de los homosexuales en ese país y cerca de 50 000 gays fueron enviados a los campos de concentración (Schoofs, 1997). En Estados Uni-

dos no fue sino hasta la década de 1950 cuando comenzaron a surgir organizaciones para hombres y mujeres homosexuales a pesar de la atmósfera conservadora de la época. La Mattachine Society tenía capítulos en muchas ciudades y brindaba una red nacional de apoyo y comunicación. The Daughters of Bilitis, una organización de lesbianas, publicaba una revista llamada *The Ladder*, que contenía ficción, poesía y artículos políticos. El objetivo de ambas organizaciones era educar tanto a homosexuales como a heterosexuales acerca de la homosexualidad, aumentar el entendimiento sobre ésta y eliminar las leyes discriminatorias hacia los individuos homosexuales (Katz, 1976).

Objetivos del movimiento en favor de los derechos de los homosexuales

Desde principios de la década de 1970, varios grupos e individuos han trabajado para promover los derechos de lesbianas, gays y bisexuales al mismo tiempo que otros lo han hecho en contra de estos objetivos. Los esfuerzos en favor de los derechos de los homosexuales caen en tres áreas: descriminalización del comportamiento sexual privado, antidiscriminación y derechos positivos (Stein, 1999).

Descriminalización del comportamiento sexual privado

Estados Unidos tiene una larga historia de leyes que declaran ilegal la sodomía. La sodomía fue definida por la ley como sexo oral y/o anal entre heterosexuales y homosexuales. En 2003, la Suprema Corte de Estados Unidos, basando su decisión en el derecho constitucional a la privacidad, abolió una ley contra la sodomía en Texas, por la que era ilegal el contacto sexual privado entre homosexuales. La reglamentación del caso *Lawrence y otros vs Texas* abolió leyes en otros cuatro estados que prohibían las relaciones sexuales entre homosexuales y en otros nueve estados donde estaba vetada la “sodomía” (sexo oral o anal) entre parejas de cualquier orientación. La mayoría de los estadounidenses que pensaban que el gobierno debía quedarse al margen de las acciones íntimas mutuamente consentidas de los adultos, aplaudieron la decisión, junto con los que apoyaban los derechos de los homosexuales, pues las leyes antisodomitas habían sido creadas específicamente contra ellos.

Antidiscriminación

En 1973 se fundó la National Gay Task Force para ayudar a alcanzar el segundo objetivo del movimiento en favor de los derechos de los homosexuales, con el propósito de poner fin a varios tipos de discriminación hacia los individuos con una orientación sexual diferente. Uno de los principales objetivos de los defensores de los derechos de los homosexuales es una enmienda al *Acta de Derechos Civiles* de 1964, que la ampliaría para incluir “orientación sexual o afectiva” junto con raza, credo, color y sexo (Wildman, 2001). Esto haría ilegal la discriminación en el alojamiento, el trabajo, los seguros y lugares públicos a causa de la orientación sexual (Cohn, 1992). Además, en el Día Internacional contra la Homofobia, una organización con base en París inició una campaña para propugnar una resolución de la Organización de Naciones Unidas a fin de que la homosexualidad deje de ser considerada un crimen a nivel mundial (Tin, 2006).

Se ha registrado un enorme progreso para terminar con la discriminación en el lugar de trabajo. En 1980, ninguna compañía ofrecía beneficios para los compañeros que no salían a trabajar; actualmente más de 8000 empresas lo hacen. Además, 92.2% de las compañías listadas en la revista *Fortune 500* tienen políticas contra la discriminación a causa de la orientación sexual. El número de corporaciones que han alcanzado una puntuación de 100% en el Índice de Equidad en la Corporación de la Campaña por los Derechos Humanos aumentó de 13 a 103. La calificación se basa en prácticas

y políticas de la firma que prohíben la discriminación por la orientación sexual y la identidad de género, y que brindan capacitación sobre diversidad y beneficios a la pareja del empleado (Solomonese, 2005). Diecisiete estados norteamericanos, el distrito de Columbia y muchas ciudades también han establecido leyes y políticas que prohíben la discriminación contra homosexuales (véase la ➔ **tabla 9.3**) (Abbott y colaboradores, 2006; Sullivan, 2003).

Casi 90% de los estadounidenses cree que los homosexuales deben tener derechos iguales en el empleo, como se ve en la ➔ **tabla 9.4** (Gallup Poll, 2006; Leland, 2000b). Sin embargo, sólo 33% de los encuestados en un estudio de población en general piensa que existe mucha discriminación contra este sector; e incluso menos, el 29%, afirmó que los gobiernos necesitan trabajar más para proteger sus derechos. Estas estadísticas contrastan sobremanera con la encuesta entre la población homosexual: 60% cree que hay mucha discriminación y 83% considera que las acciones del gobierno no son suficientes para proteger sus derechos. (Leland, 2000b).

Eliminar la discriminación en el ejército ha tenido menos éxito que en el empleo y el alojamiento. Los homosexuales siempre han servido en la milicia de Estados Unidos, y siempre han tenido que enfrentar hostilidad. Después de que Bill Clinton fuera electo presidente en 1992, el Congreso y él implementaron la política de “no preguntes, no digas”. Según ésta, los homosexuales podían servir en el ejército, aunque fueran considerados no aptos para el servicio, siempre y cuando mantuvieran en secreto su orientación sexual (Hernandez, 2006).

Desde la aplicación de esta política, un estimado de 11 000 gays y lesbianas –un número mayor que antes de que se estableciera la medida– han sido expulsados del ejército

➔ **TABLA 9.3**

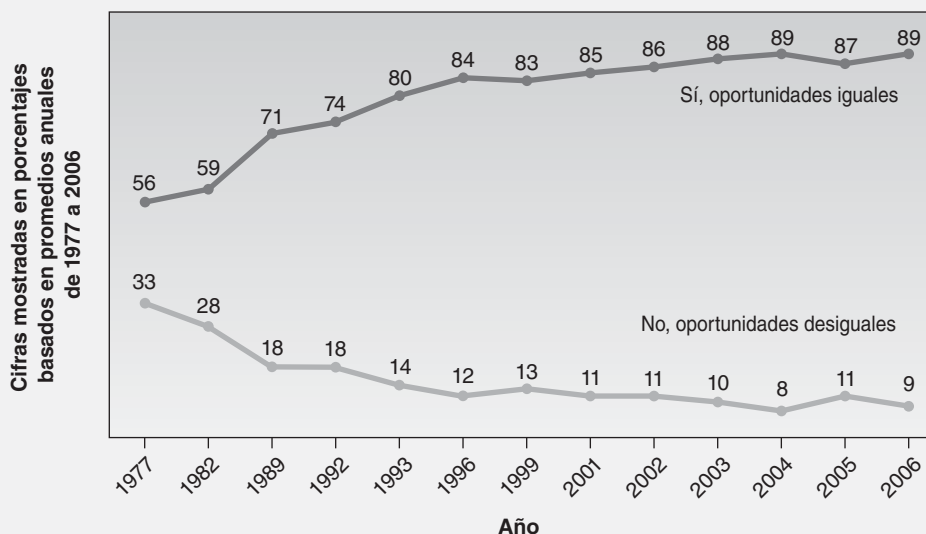
Estados con leyes de no discriminación por la orientación sexual

California	Nevada
Connecticut	Nueva Hampshire
Distrito de Columbia	Nueva Jersey
Hawai	Nuevo México
Illinois	Nueva York
Maine	Rhode Island
Maryland	Vermont
Massachusetts	Washington
Minnesota	Wisconsin

Fuente: National Gay and Lesbian Task Force, State Nondiscrimination Laws in the U.S., mayo de 2006, Washington, D.C.

➔ TABLA 9.4

Porcentaje de adultos que piensan que los homosexuales deben o no tener igualdad de oportunidades de empleo



FAMILY *Redefined.*

For more information, visit PETINSURANCE.COM/FAMILY

All family members deserve the best healthcare, including your pet. A VPI Pet Insurance policy can safeguard against the rising cost of veterinary care by helping pay for lab fees, medications, surgeries, X-rays, and more. VPI also offers coverage for routine care that includes vaccinations and prescription flea control. Best of all, you're free to use any licensed veterinarian, anywhere. Protecting your entire family just got easier.

CALL TODAY TO SPEAK TO A LICENSED PET INSURANCE SPECIALIST. 800-874-0362

All applications are subject to underwriting approval. Read your policy for complete coverage details. Underwritten by Veterinary Pet Insurance Company (VPI), Brea, CA. National Casualty Company (NCC), Madison, WI, an A+ rated company. © 2007 Veterinary Pet Insurance Company.

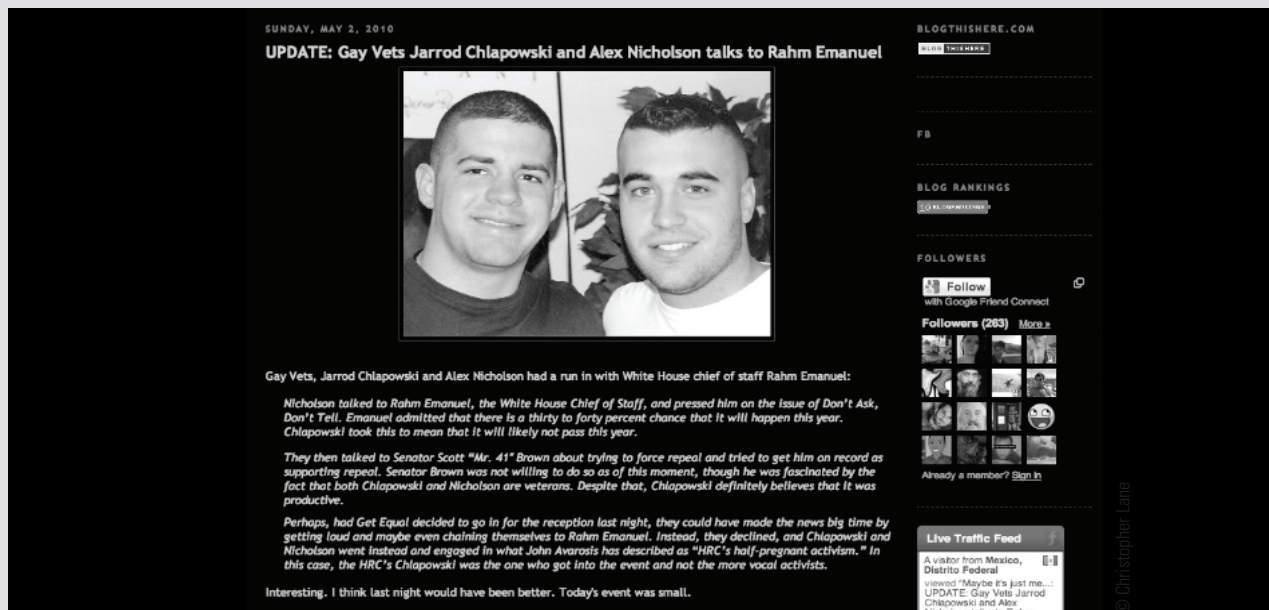
VPI PET
Insurance Agency (VPI)

(Mansfield, 2006). Según la Servicemembers Legal Defense Network, para el año 2000 las bajas debido a la preferencia sexual fueron 73% más elevadas que antes de la política “no preguntes, no digas” (Fone, 2000). Las lesbianas tienen más probabilidades de ser expulsadas; casi 33% del personal militar dado de baja por esta razón eran mujeres, aunque el sexo femenino sólo representa 14% de las fuerzas armadas (Biederman, 2003). Esta política ha sido en perjuicio de la nación, como se ve en el despido por orientación sexual de los traductores al árabe y otros idiomas clave, lo cual puede haber comprometido los esfuerzos diplomáticos antiterroristas de Estados Unidos al no contar con la traducción de material crítico de contrainteligencia (Frank, 2005).

Durante la ocupación de Irak, la necesidad de mantenerse en secreto ha tenido efectos adversos en las tropas homosexuales de clóset. Los compañeros en una relación tienen que ser discretos cuando se comunican entre sí. La pareja que se queda en casa no tiene acceso a los servicios de apoyo que brinda el ejército a las familias y, en consecuencia, es poco probable que sean los primeros en saber si el ser amado fue herido, capturado o muerto (Biederman, 2003). Irónicamente, las tropas gays de clóset de Estados Unidos están sirviendo junto con las tropas abiertamente homosexuales del Reino Unido y Australia, dos de las 24 naciones que permiten soldados homosexuales (Neff, 2004).

La orientación sexual no tiene ningún efecto negativo conocido en la habilidad de las tropas para trabajar juntos con eficacia (Bull, 2003). Sin embargo, desde 1994 se han gastado unos 200 millones de dólares para reclutar y entrenar tropas que luego son expulsadas por homosexualidad, dinero que

Cortés de Veterinary Pet Insurance Co./VPI Insurance Agency (VPI)



Dos lingüistas del ejército de Estados Unidos, uno que hablaba coreano y otro que hablaba tres idiomas y que estaban entrenados para hacer interrogatorios, están entre los 322 lingüistas dados de baja por la política de “no preguntes, no digas” (Curtis, 2005).

? Pensamiento crítico

Si usted tuviera el poder de decidir si los homosexuales pueden o no servir abiertamente en el ejército de Estados Unidos, ¿qué decidiría y por qué?

podría haber sido mejor invertido en equipo salvavidas para los soldados (Curtis, 2005). Además, la política de “no preguntes, no digas” no ha gozado del apoyo de la mayoría de la población en general. Las encuestas de Gallup indican que 63% de la gente respalda la idea de que gays y lesbianas

sirvan abiertamente en el ejército, comparado con 32% que se opone (Kiefer, 2006). En 2006, la Red de Defensa Legal de los Miembros en Servicio organizó a más de 100 integrantes bipartidistas del Congreso para que apoyaran una iniciativa de ley que rechazara la prohibición de que los homosexuales sirvieran sin restricciones en el ejército (Osburn, 2006).

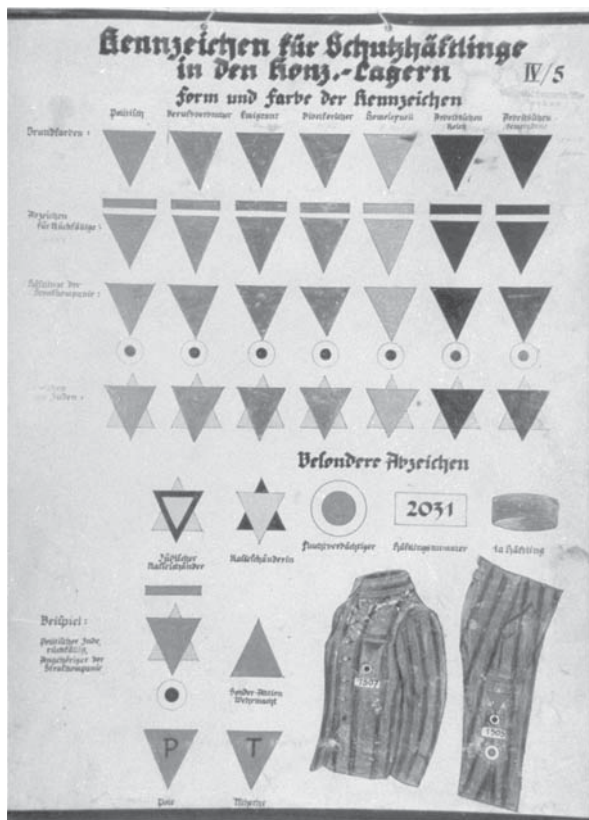
Más allá de la descriminalización del comportamiento sexual lésbico-gay y la protección legal contra la discriminación, los derechos positivos brindan igual reconocimiento y protección a las familias y relaciones de gays y lesbianas. La adopción legal y el matrimonio son asuntos relacionados con los derechos positivos. En este capítulo ya estudiamos los beneficios para los niños de tener a sus dos padres legalmente reconocidos como tales, y analizaremos el debate acerca del matrimonio entre homosexuales en el capítulo 13.

La situación actual de los derechos de los homosexuales fue bien definida por Kevin Jennings, fundador de la Red de

Educación de Gays, Lesbianas y Heterosexuales: “Es el mejor y el peor momento para ser gay. Hay un nivel de visibilidad y activismo sin precedente, pero también un nivel sin precedente de reacciones violentas y oposición” (Ritter, 2000, p. 3). Esperamos que se siga progresando y que los hombres y las mujeres homosexuales sean libres de amar, trabajar y contribuir a la sociedad.



© Mike Luckovich-Atlanta Journal Constitution. Reimpreso con autorización de Creators Syndicate. Todos los derechos reservados.



El incidente de Stonewall y más allá

Durante la década de 1960 mucha gente empezó a cuestionar las actitudes tradicionales de la sociedad estadounidense en todas las áreas, incluida la sexual. En esta atmósfera, más y más homosexuales comenzaron a desafiar los problemas sociales que enfrentaban. El nacimiento simbólico del activismo homosexual ocurrió en 1969 en la ciudad de Nueva York, cuando la policía hizo una redada en un bar gay, el *Stonewall*. Las redadas en este tipo de bares eran comunes, pero en esa ocasión los clientes se opusieron al arresto. Ocurrió una trifulca que se prolongó hasta el día siguiente. El incidente de *Stonewall* sirvió de catalizador para la formación de grupos en favor de los derechos de los homosexuales; en la actualidad, actividades como la Semana del Orgullo Gay y las marchas lésbico-gays se llevan a cabo año con año para conmemorar el incidente de *Stonewall* (Herrell, 1992). En 1994, más de un millón de personas se congregaron en Nueva York para conmemorar el 25 aniversario del incidente. El recuadro de Sexo y política analiza los objetivos de quienes apoyan los derechos de los homosexuales.

USHMM, cortesía de KZ // Gedenkstätte Dachau

Los nazis ligaron a los homosexuales con el tema de los judíos para argumentar que debilitaban la masculinidad de los hombres arios. La Alemania nazi diezmó la base del movimiento mundial por los derechos de los homosexuales en Berlín. Éstos fueron obligados a usar un triángulo rosado en las mangas; más de 100 000 de ellos fueron arrestados y unos 50 000 enviados a campos de concentración. La exposición "La persecución nazi de los homosexuales, 1933-1945" del Holocaust Memorial Museum de Estados Unidos, ilustra este hecho (Karlin, 2003). En 2006, la ciudad de Berlín agregó un monumento a las víctimas gays de la persecución nazi al sitio del Memorial del Holocausto.

R E S U M E N

Un continuo de orientaciones sexuales

- La palabra *homosexual* puede representar una evaluación objetiva o subjetiva del comportamiento sexual, la afiliación emocional o la propia definición de un individuo.
- La escala de siete puntos de Kinsey va desde la heterosexualidad exclusiva hasta la homosexualidad exclusiva. Kinsey basó sus calificaciones en una combinación de atracción erótica y comportamientos sexuales evidentes.
- Según estimaciones de la National Health and Social Life Survey, aproximadamente 2.8% de los hombres y 1.4% de las mujeres se identifican como homosexuales.
- La bisexualidad puede estar caracterizada por comportamientos evidentes y/o respuestas eróticas tanto ante hom-

bres como mujeres. Al igual que con la heterosexualidad y la homosexualidad, es difícil establecer una definición tajante de la bisexualidad.

- Cuatro tipos de bisexualidad son orientación real, orientación transitoria, orientación transicional y negación de la homosexualidad.
- La asexualidad es la falta de atracción sexual por cualquier sexo.

¿Qué determina la orientación sexual?

- Varias teorías psicosociales y biológicas han tratado de explicar el desarrollo de la homosexualidad.

- Las teorías psicosociales se relacionan con los patrones de paternidad, las experiencias de la vida o los atributos psicológicos de la persona.
- Las teorías de causa biológica toman en cuenta las diferencias hormonales prenatales o adultas, al igual que los factores genéticos. Se ha sugerido una predisposición biológica hacia la homosexualidad en algunos gays y lesbianas por estudios hechos en gemelos, o también basados en la longitud de los dedos, inconformidad de género y la mano que usan para escribir.
- La orientación sexual, sin importar dónde recaiga su posición dentro de un esquema continuo, parece originarse a través de una combinación de factores únicos de cada persona.

Actitudes sociales

- Las actitudes sociales hacia la homosexualidad van desde la condena hasta la aceptación. En nuestra sociedad todavía predominan las actitudes negativas.
- Las posiciones judeocristianas actuales hacia la homosexualidad varían en gran medida.
- La homofobia es el miedo irracional hacia la homosexualidad, el temor de tener sentimientos homosexuales internos o el odiarse a uno mismo por su propia homosexualidad. Los hombres jóvenes exhiben la homofobia más extrema, en especial al cometer crímenes de odio.
- Desde principios de 1990, los medios de comunicación han retratado cada vez más la homosexualidad de una manera positiva, un avance que puede ayudar a aumentar la familiaridad con la homosexualidad y su aceptación.

Estilos de vida

- Contrario a los estereotipos populares, los homosexuales exhiben una gran variedad de estilos de vida.
- La decisión de declararse homosexual o de permanecer “en el clóset” a menudo tiene un efecto significativo en el estilo de vida de los homosexuales. Los pasos para asumirse son: reconocer la propia orientación sexual, decidir cómo verse a uno mismo y ser abierto acerca de la propia homosexualidad.
- Como el estereotipo del rol de género ha disminuido, muchas parejas, tanto homosexuales como heterosexuales, han desarrollado relaciones más igualitarias. Las diferencias entre hombres y mujeres homosexuales pueden atribuirse a las diferencias generales de rol de género entre hombres y mujeres. Las lesbianas “sexualmente radicales” rebasan los límites tradicionales de la sexualidad femenina.

Movimiento por los derechos de los homosexuales

- El activismo homosexual surgió a finales de la década de 1960. Sus principales objetivos son la descriminalización del comportamiento sexual privado; la antidiscriminación en el trabajo, el alojamiento y el ejército, y derechos positivos como el matrimonio y la adopción. Varios individuos y grupos se oponen a estos objetivos.

Lecturas recomendadas

- Fone, Bryne** (2000). *Homophobia: A History*. Nueva York: Metropolitan Books. Una crónica de la evolución de la homofobia a través de los siglos y de qué manera permanece como el último prejuicio aceptable.
- Rust, Paula** (ed.) (2000). *Bisexuality in the United States*. Nueva York: Columbia University Press. Una recopilación de importantes artículos sobre teorías y estudios de la bisexualidad.
- Stein, Ed** (1999). *The Mismeasure of Desire: The Science, Theory and Ethics of Sexual Orientation*. Oxford: Oxford University Press. Análisis profundo de los estudios hechos sobre las causas biológicas de la homosexualidad. Stein critica las limitaciones y las responsabilidades del uso de la frase “así nacimos” por el derecho de los homosexuales.
- Sullivan, Andrew** (1995). *Virtually Normal*. Nueva York: Knopf. Un conservador gay maneja su orientación sexual y ofrece perspectivas únicas sobre otros conservadores.

Recursos

- The National Gay and Lesbian Task Force**, 1325 Massachusetts Ave. NW, Washington, DC, 20005; (202) 393-5177. Un grupo que da información acerca de las organizaciones sociales, políticas y educativas en diferentes lugares.
- National Center for Lesbian Rights**, 870 Market Street, suite 570, San Francisco, CA, 94102; (415) 392-6257. Un centro de recursos legales que trabaja para erradicar la discriminación contra las lesbianas.
- Parents, Families and Friends of Lesbians and Gays (PFLAG)**. 1726 M Street NW, suite 400, Washington, DC, 20036; (202) 467-8194. Un grupo que brinda apoyo y orientación a padres, y educación pública sobre los derechos de los homosexuales.

Recursos en la Web

Sitio web CengageLearning

Visite www.cengage.com/highered para enlazarse con diversos recursos, como preguntas de repaso, actividades interactivas, vínculos con Internet, ejercicios de pensamiento crítico, foros de discusión y muchos otros servicios. También puede acceder a los sitios desde el Wadsworth Psychology Study Center (<http://psychology.wadsworth.com>) o conectarse directamente a los siguientes sitios:

Nota. Tenga en cuenta que este material es independiente del libro y que las páginas que lo contienen pueden ser modificadas o eliminadas sin previo aviso.

An Encyclopedia of Gay, Lesbian, Bisexual and Queer Culture

Se ofrece una enciclopedia gratuita acerca de la cultura homosexual y bisexual.

Bisexual Resource Center

Presenta mucha información relacionada con la bisexualidad. Incluye artículos, noticias actualizadas y vínculos.

Sexual Orientation: Science, Education and Policy

Este sitio se basa en el trabajo de Gregory Herek de la Universidad de California, Davis. Los estudios de Herek se enfocan en la orientación sexual, la violencia contra los homosexuales, la homofobia y otros problemas de gays, lesbianas y bisexuales.

Sexual Orientation and Homosexuality

Esta página del sitio de la American Psychological Association brinda respuestas detalladas a las preguntas más frecuentes sobre qué determina la orientación sexual.

Youth Talkline

Servicio gratuito y confidencial atendido por orientadores jóvenes para hablar sobre los problemas de los adolescentes gays.

Human Rights Campaign

Organización dedicada a asegurar la igualdad de derechos para lesbianas y gays. El sitio del grupo brinda noticias actualizadas sobre la legislación relacionada con los derechos de los homosexuales, descripciones de sus programas de educación pública e información sobre temas como salir del clóset, declararse abiertamente gay o lesbiana.

The Advocate Online

Revista nacional semanal que cubre temas de interés para lesbianas y gays: ofrece noticias actualizadas y artículos en el sitio.

Lesbian Mothers Support Society

Este sitio ofrece apoyo e información sobre una gran variedad de temas relacionados con el embarazo y el hecho de ser una madre lesbiana.



Sitio web de apoyo a la obra en inglés

Visite el sitio web de la obra (*Our Sexuality Book Companion Website*) en

<http://latinoamerica.cengage.com/crooks> y elija la décima edición de este libro. Haga clic en "Apoyo electrónico para el estudiante". Allí encontrará herramientas que le ayudarán a aprovechar al máximo su tiempo de estudio: encuestas de actitud, crucigramas, temas de ensayo, tarjetas mnemotécnicas de los principales conceptos y sus definiciones, un glosario general, preguntas de opción múltiple y falso-verdadero, vínculos con sitios web sobre temas relacionados con cada capítulo, bibliografía general y un examen final. Asimismo, encontrará un vínculo para comprar el acceso a más material suplementario en línea: CengageNow.



CengageNow ¡Exactamente lo que necesita saber AHORA!

Dedique tiempo a lo que necesita dominar, no a la información que ya aprendió. CengageNow es un paquete de recursos electrónicos que le ayudará en su aprendizaje. Realice una prueba preliminar del capítulo, y CengageNow generará un plan personalizado de estudio a partir de sus resultados. El plan identificará los temas que debe repasar y lo dirigirá a los recursos en línea que le servirán para dominarlos. Después efectuará una prueba para determinar los conceptos que ya aprendió y aquellos en los que todavía debe trabajar. Visite el sitio www.cengage.com/login si ya tiene su código de acceso. Si no cuenta con él, siga el vínculo *Buy Now*. Escriba *Our Sexuality* en el campo de título. Elija la décima edición de este libro. Haga clic sobre la opción *CengageNow*. Se desplegará una solicitud de acceso y los precios en dólares americanos.



Biblioteca en línea InfoTrac College Edition

Investigue si su institución cuenta con un convenio de uso de InfoTrac, una de las mejores y más vastas bibliotecas en línea del mundo en el ámbito educativo. Conéctese a www.cengage.com/login para acceder a InfoTrac College Edition, biblioteca de consulta en línea que contiene multitud de revistas, muchas exclusivamente sobre la sexualidad humana: *Archives of Sexual Behavior*; *Archives of Sexual Health Behavior*; *Canadian Journal of Human Sexuality*; *Hispanic Journal of the Behavioral Sciences*; *Journal of Cross-Cultural Psychology*; *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*; *Journal of Sex Research* y *Sex Roles*.

Anticoncepción



► **Perspectivas históricas y sociales**
¿De qué manera la anticoncepción contribuye al bienestar personal y social?

► **Responsabilidad compartida y selección de un método de control natal**

¿Qué ganan hombres y mujeres al compartir la responsabilidad del control natal?

¿Qué debe considerar un individuo o una pareja al escoger un método de control natal?

► **Anticonceptivos hormonales**
¿Cómo funcionan los anticonceptivos hormonales? ¿Cuáles son algunos de los riesgos asociados con su uso?

► **Métodos de barrera y espermaticidas**

¿Cuál es el único método que brinda protección contra las infecciones de transmisión sexual?

¿Cuáles son algunas de las ventajas de los condones masculinos y femeninos, los espermaticidas vaginales y los métodos de barrera cervical comparados con los anticonceptivos hormonales?

► **Dispositivos intrauterinos**

¿Por qué escogería una mujer usar un dispositivo intrauterino (DIU)?

► **Anticoncepción de emergencia**

¿Por qué los grupos provida se oponen a la anticoncepción de emergencia?

► **Métodos de detección de fertilidad**

¿Cuáles son los cuatro métodos para conocer la fertilidad? ¿Cómo funcionan y cuál es el más confiable?

► **Esterilización**

¿Cuáles son los riesgos de la ligadura de trompas y de la vasectomía?

► **Métodos menos efectivos**

¿Qué tan confiables son el amamantamiento, el coito interrumpido y las duchas como métodos anticonceptivos?

► **Nuevos derroteros en la anticoncepción**

¿Qué nuevos métodos anticonceptivos están en desarrollo para hombres y mujeres?

Es bueno que existan muchas opciones de control natal; en algún momento he usado la mayoría de ellas. Tuve oportunidad de tomar la píldora antes de tener relaciones sexuales con mi novio en la universidad. Eso fue antes del VIH/sida, así que no necesitaba usar otra cosa "embarazosa". Usé la combinación de la píldora y de la minipíldora, luego elegí DIU por un tiempo. Después de que me casé, mi esposo y yo recurrimos a la planificación familiar natural y al diafragma con buenos resultados. Después de que nacieron nuestros hijos utilizamos la espuma y los condones hasta que mi esposo se hizo la vasectomía. Nunca tuve problemas con ninguno de los métodos, y agradezco que nunca tuviera un embarazo no deseado, pero es agradable no tener que usar ningún anticonceptivo. (Archivo de los autores.)

► Perspectivas históricas y sociales

La preocupación de la gente por controlar la concepción data, al menos, desde el inicio de la historia registrada. En el antiguo Egipto, las mujeres colocaban estiércol de cocodrilo cerca del cérvix para evitar la concepción. En la Grecia del siglo VI se recomendaba comerse el útero, los testículos o las pezuñas de una mula. En épocas más recientes, el aventurero italiano del siglo XVIII Giovanni Casanova se hizo famoso por sus condones hechos con membranas de animales que se ataban con un lazo a la base del pene. En el siglo XVII, en Europa occidental se utilizaban esponjas vaginales humedecidas en diferentes soluciones como método anticonceptivo (McLaren, 1990).

Anticoncepción en Estados Unidos

Aunque ahora existen muchos métodos disponibles en el mercado, en Estados Unidos esta situación es bastante reciente. A través de la historia estadounidense, tanto los métodos disponibles para la contracepción como las leyes para su uso han sido bastante restrictivas. En la década de 1870, Anthony Comstock, entonces secretario de la Sociedad Neoyorkina para la Supresión de los Vicios, logró la aprobación de leyes nacionales que prohibían la difusión de información anticonceptiva a través del correo de Estados Unidos, basándose en que tal información era obscena; estas reglas fueron conocidas como las *Leyes Comstock* (Kreinen, 2002a). En esa época, la única forma legítima de control natal era la abstinencia, y la reproducción era vista como la única razón aceptable para tener relaciones sexuales.

Margaret Sanger fue la persona que tuvo el papel más decisivo para promover cambios en la legislación del control natal y su disponibilidad en Estados Unidos. Sanger se horrorizó con la miseria de las mujeres que virtualmente no tenían ningún control sobre su fertilidad y daban a luz hijos en extrema pobreza. En 1915 abrió una clínica ilegal donde las mujeres podían obtener y aprender a usar diafragmas que ella traía de Europa. También publicó información sobre el control natal en su periódico *The Woman Rebel*. Como resultado, Sanger fue detenida por violar las *Leyes Comstock*. Viajó a Europa para evitar la persecución pero regresó más tarde para promover la investigación sobre hormonas de control natal, un proyecto financiado por su adinerada amiga Katherine Dexter McCormack.

Sanger y McCormack querían desarrollar un método confiable a través del cual las mujeres pudiesen controlar su propia fertilidad (Tone, 2002). Sin embargo, no fue sino hasta 1960 que las primeras píldoras anticonceptivas llegaron al mercado estadounidense después de realizarse pruebas e investigaciones limitadas en Puerto Rico. El control de la fertilidad a través de la anticoncepción en lugar de la abstinencia era un gran cambio que implicaba un aceptación de la expresión sexual femenina y expandía los papeles que las mujeres podían escoger (D'Emilio y Freedman, 1988; Harer, 2001).



Sexo y política



© Bettmann/Corbis

Margaret Sanger se dedicó a ayudar a las mujeres y a las familias a tener hijos deseados.

Antes de que la Corte Suprema de Justicia de Estados Unidos aprobara en 1965 el caso *Griswold vs Connecticut*, los estados podían prohibir el uso de anticonceptivos a personas casadas (381 U.S. 479). La Corte basó su decisión de anular las prohibiciones de los estados en el derecho a la privacidad de las parejas casadas. En 1972, en el caso *Eisenstadt vs Baird*, la Corte Suprema extendió el derecho a la privacidad a los individuos despenalizando el uso de anticonceptivos para las personas solteras (405 U.S. 438).

En los años siguientes, otras leyes concernientes a la disponibilidad de los anticonceptivos continuaron cambiando. En la mayoría de los estados, las leyes ahora permiten el suministro de anticonceptivos a los adolescentes sin el consentimiento de los padres, y que las farmacias exhiban condones, espumas espermaticidas y esponjas anticonceptivas en los escaparates de la tienda más que detrás del mostrador. A nivel nacional continúa la controversia acerca de si debe requerirse la notificación a los padres cuando los menores reciben servicios anticonceptivos por parte de organizaciones financiadas por el gobierno. La preocupación, desde luego, es que los adolescentes que deciden no tener relaciones sexuales las tendrían si los anticonceptivos estuvieran disponibles con facilidad. Sin embargo, los estudios indican que la tasa de actividad sexual no aumenta aunque los anticonceptivos estén al alcance en las escuelas sin costo alguno (Blake y colaboradores, 2003). ■

? Pensamiento crítico

¿Qué importancia tiene en la actualidad la creencia de que la abstinencia es la única forma moral de control natal?

La anticoncepción como problema contemporáneo

En las últimas décadas, el uso de anticonceptivos ha aumentado de manera impresionante en todo el mundo: se estima que 60% de las parejas los usa en la actualidad, comparado con 10% en 1970 (David y Russo, 2003). En el mundo occidental, 95% de las mujeres ha usado anticonceptivos en alguna ocasión. Además, la mujer heterosexual promedio puede necesitar alguna forma de control natal durante 30 años o más, ya que sólo trata de quedar embarazada o está embarazada durante un pequeño periodo de su vida reproductiva (Reape, 2005). El aumento en el uso de anticonceptivos entre los adolescentes es una noticia muy positiva. Comparado con una encuesta realizada en 1990, en 2006 el 20% más de adolescentes reportó usar el condón la última vez que tuvo sexo, y cada vez menos están tratando de prevenir el embarazo usando el inefectivo método del coito interrumpido (Santelli y colaboradores, 2006).

La disponibilidad y el uso de un método de control natal confiable es deseable por muchas razones. La primera y la más importante es que con los anticonceptivos las parejas heterosexuales pueden disfrutar la intimidad sexual con poca probabilidad de embarazos no deseados. Los hijos que nacen de padres que están preparados para la responsabilidad de criarlos, y la habilidad para espaciar los hijos por lo menos 18 meses entre uno y otro, aumenta la salud del recién nacido (Conde-Agudelo y colaboradores, 2006). Ahora mucho menos mujeres tienen que optar por un aborto. Los métodos de control natal eficaces han permitido a las mujeres en Estados Unidos convertirse en parejas igualitarias con los hombres en la sociedad moderna. Como resultado del poder adquisitivo de ellas, los hombres han tenido oportunidades desconocidas para sus propios padres de expandir el involucramiento con sus hijos (Pope, 2006).

Muchos grupos religiosos contemporáneos aprueban e incluso favorecen el uso del control natal. Sin embargo, la oposición a los anticonceptivos a menudo tiene su origen en creencias religiosas, y algunos individuos y parejas no utilizan ningún método debido a su credo. A pesar de que muchos católicos romanos en Estados Unidos utilizan anticonceptivos y desean que el Papa apruebe su uso, la doctrina oficial de la Iglesia católica todavía sostiene que todos los métodos de control natal que no sean la abstinencia y los basados en el ciclo menstrual son inmorales (Kissling, 2003;

Palabras para consultar en InfoTrac

● Anticoncepción

? Pensamiento crítico

¿Qué papel, si es que tuvo alguno, desempeñó la religión en la decisión de sus padres de usar anticonceptivos? ¿Y en sus propias decisiones de control natal?



© Baldev/corbis Sygma

Nirmala Palsamy fue nombrada “Heroína del planeta” en reconocimiento a su trabajo de educar a las mujeres acerca de la planificación familiar y el control natal.

? Pensamiento crítico

Explique cómo los logros de los grupos religiosos de provida que limitan el acceso a los anticonceptivos son o no compatibles con la libertad de religión.

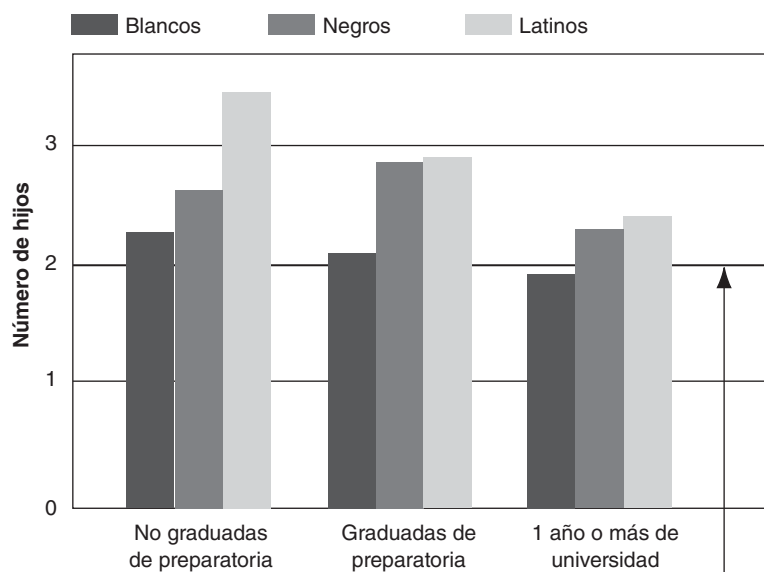
McClure, 2004; Shorto, 2006). Muchos cristianos de extrema derecha, que se describen a sí mismos como “provida”, también se oponen al uso de anticonceptivos y lo consideran, junto con la educación sexual y el aborto, como parte de la “trinidad impía” que constituye “una burla blasfema del plan de Dios para la familia” (Human Life International, 2004, p. 2). Esto se explica más adelante en los recuadros “Cómo la política de extrema derecha en Estados Unidos niega los anticonceptivos a personas del mundo en desarrollo” y “El poder de las políticas de provida contra la anticoncepción”.

Poner los anticonceptivos a disposición de hombres y mujeres de todo el mundo que deseen utilizarlos puede aliviar el problema de

la sobrepoblación. A fines del siglo xx la población mundial era de 6.5 mil millones de personas, comparado con menos de la mitad de esa cifra (2.3 mil millones) en 1950. La Organización de las Naciones Unidas proyecta un aumento a 8.9 mil millones para 2050. De ese crecimiento, se espera que 95% ocurra en los países en desarrollo más pobres, donde la población ya excede la disponibilidad de las necesidades básicas: vivienda, alimento y combustible. Cuando las familias pobres tienen muchos hijos, no pueden asegurar alimentación, salud y educación para todos ellos (Page, 2006). Además, la sobrepoblación (y sobreconsumo de los recursos mundiales por los países desarrollados) representa una grave amenaza para el ambiente de la Tierra.

Un factor esencial para controlar los niveles de población es expandir el acceso de las mujeres a la educación y a las oportunidades económicas (Douglas, 2006; Zlizar y colaboradores, 2004). En todo el mundo, las mujeres con mayores niveles escolares tienen menos hijos (Morgan, 2003); y como lo ilustra la **figura 10.1**, este patrón también se observa en los diferentes grupos étnicos de Estados Unidos.

Figura 10.1 Promedio de hijos por nivel de escolaridad y grupo étnico de las madres en Estados Unidos. Entre más alto sea su nivel de estudios, la mujer tiende a tener menos hijos. Los patrones reproductivos entre grupos raciales se hacen más parecidos cuanto más alto es el nivel de escolaridad (Grant, 1994).



A mayor escolaridad de las mujeres, es menor el número de hijos que tienen. Los patrones reproductivos entre grupos raciales se asemejan más a medida que aumenta el nivel educativo (Grant, 1994).

Cómo la política de extrema derecha en Estados Unidos niega los anticonceptivos a personas del mundo en desarrollo

Trágicamente, millones de mujeres y parejas en todo el mundo son incapaces de ejercer su derecho a decidir con libertad y de manera responsable si quieren tener hijos y cuándo hacerlo. El Fondo de Población de la Organización de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés) estima que 561 millones de mujeres y sus parejas en todo el mundo no tienen acceso a métodos anticonceptivos efectivos, lo que produce 22 millones de abortos, 1.4 millones de muertes infantiles y 142 000 decesos de mujeres relacionadas con el embarazo (Cohen, 2006; Illingsworth, 2006). En estos países, las probabilidades de morir de complicaciones del embarazo, parto y aborto promedian 1 en 65. Nigeria tiene la peor tasa: 1 de 7 mujeres fallecen durante el parto (Page, 2006). En contraste, las de países desarrollados tienen 1 oportunidad en 2 125 de que les suceda lo mismo (Mulchahey, 2005).

La administración Bush contribuyó a estos problemas con la promulgación de sus políticas en contra de los anticonceptivos a nivel global y doméstico (Brazile, 2006). De hecho, Estados Unidos es el único país que tiene organizaciones internacionales con este propósito. La administración Bush

se caracterizó desde 2002 por negarse a liberar 34 millones de dólares que el Congreso había destinado a la UNFPA para suministrar anticonceptivos y servicios de salud a las mujeres. El Consejo de Provida en el Congreso, el Instituto de Investigaciones Demográficas (que considera que brindar servicio voluntario de control natal es una violación a los derechos humanos), y otros 100 grupos provida lograron bloquear la liberación de estos fondos (Page, 2006). Además, Bush propuso una reducción severa en los fondos en 2007 para otra organización de salud reproductiva, USAID. La Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés) y UNFPA brindan una proporción significativa de servicios anticonceptivos y de salud maternal a naciones en desarrollo. Para tratar de contrarrestar las reducciones de la administración Bush y dar fondos a estos programas, un grupo bipartita del Congreso ha desarrollado la Ensuring Access to Contraceptives Act de 2006. Se desconoce al momento de escribir este texto si la legislación propuesta lograría restaurar el financiamiento. (Cohen, 2006).

❶ Responsabilidad compartida y selección de un método de control natal

Todo método de control natal tiene ventajas y desventajas; un individuo o pareja puede descubrir que uno es mejor que otro para una ocasión determinada. Compartir la responsabilidad mejora el uso de cualquier método dado.

Cuestión de dos

Los estudios muestran que más parejas comparten la decisión de usar anticonceptivos ahora que en el pasado (Grady y colaboradores, 2000). Compartir la responsabilidad de la anticoncepción puede mejorar una relación y ser una buena manera de practicar la conversación sobre temas personales y sexuales. El no hablar acerca del control natal puede provocar que la mujer tenga resentimientos hacia el hombre por poner toda la responsabilidad en ella. Además, es tonto que un hombre asuma que una mujer “se está cuidando”. Como dijo un estudiante:

Si tienes relaciones sexuales con una chica que dice que está tomando la píldora, ¿cómo sabes que está diciendo la verdad? (Archivo de los autores.)

Muchas mujeres no practican el control natal con regularidad sobre todo si no tienen una relación de largo plazo, y algunas usan métodos de manera inconsistente o incorrecta (Trussell y colaboradores, 1999). No usar anticonceptivos puede afectar en forma negativa la experiencia sexual de la pareja y los sentimientos generales de bienestar; además, sobrellevar un embarazo no deseado es difícil (Brooks, 2002). Para

El poder de las políticas de provida contra la anticoncepción

Aunque la gran mayoría de los ciudadanos estadounidenses tiene pensamientos favorables en relación con el control natal, gran parte de la derecha religiosa de provida se opone a todos los métodos anticonceptivos. Este sector está convencido de que su activismo evitará el acceso de otras personas a los anticonceptivos y cuenta con apoyo financiero para sus organizaciones. Su influencia política aumentó en el periodo de George W. Bush como presidente. Bush implementó varias políticas y leyes concernientes a la salud reproductiva en apoyo de los objetivos de la extrema derecha. También nombró a individuos con posiciones en contra del control natal en puestos clave en las áreas de salud, judicial y científica en el gobierno (Tummino, 2006). Por ejemplo, a finales de 2006 nombró a Eric Keroack como jefe de los programas de planificación familiar en el Departamento de Salud y Servicios Humanos, a pesar de la oposición de los miembros del Congreso y de grupos por los derechos reproductivos. Keroack fue el director médico de “centros de crisis de embarazo” que se oponían al uso de anticonceptivos y promovían la abstinencia para prevenir el embarazo. Su nueva posición le dio autoridad sobre 283 millones de dólares anualmente para brindar servicios anticonceptivos, sobre todo a individuos de bajos ingresos (Fox, 2006). Ya sea influenciado por sus propias creencias religiosas o por su necesidad de mantener los votos de los derechistas extremos que le brindaron su apoyo, el liderazgo de Bush evitó que muchas más mujeres en Estados Unidos y en el mundo tuvieran acceso a los anticonceptivos y fueran capaces de evitar los embarazos no deseados (Page, 2006). Analizaremos la influencia de la política sobre la educación y el uso del condón, la anticoncepción en el mundo en desarrollo y la anticoncepción “de emergencia” en los recuadros de Sexo y política a lo largo de este capítulo.

Los grupos religiosos que están en contra del control natal no consideran que los anticonceptivos sean una forma de evitar los abortos. Piensan que “la peligrosa práctica del control natal es una puerta de entrada al aborto” (American Life League, 2006, p. 2). Tratan de justificar su oposición afirmando que los anticonceptivos orales y la anticoncepción de emergencia causan aborto, pues evitan que el huevo fertilizado (llamado *blastocisto*, el cual ya contiene de 30 a 200 células) se implante en la pared uterina. Sin embargo, las píldoras de control natal y la anticoncepción de emergencia evitan la ovulación, y alterar la cubierta uterina para evitar la implantación podría ser una de las maneras secundarias en las que funcionan estos anticonceptivos para prevenir el embarazo.

Las falsas declaraciones acerca de cómo trabajan los métodos anticonceptivos parecen ser una frágil cubierta de la oposición de provida en su contra, como declaró la American Life League: “ALL se opone a todos los abortos, la anticoncepción y otras amenazas contra la persona y la familia” (American Life League, 2006). Incluso, sus detractores piensan que hasta los métodos como el condón, los espermaticidas y los diafragmas, que evitan que el óvulo y el espermatozoide se encuentren, ofenden a Dios, porque evitan la concepción de un ser humano (Pope, 2006). En esencia, esta creencia religiosa en la prerrogativa de la unión del espermatozoide y el óvulo

trunca la opción de cada individuo y pareja de usar anticonceptivos (Phillips, 2006).

Muchos seguidores de provida aprueban el tradicional papel de la mujer de quedarse en casa y criar a los hijos como el ideal. Por lo tanto, ven que el acceso a la anticoncepción, potencialmente, ayudaría a expandir este papel más allá de la reproducción obligatoria hasta el reino masculino del trabajo y la política, y la convertirían en una amenaza que deben atacar (Phillips, 2006; Quindlan, 2005; Scheidler, 2006). Desde luego, este pensamiento se presenta en cualquier otra parte del mundo. Por ejemplo, las expectativas del papel de género de los grupos en el poder en Japón fueron la razón para que las pastillas de control natal fueran ilegales hasta 1999. Los líderes del gobierno se oponían a la píldora porque daba a las mujeres cierta independencia en decisiones acerca de su fertilidad y sexualidad, lo que era incongruente con la idea tradicional de la japonesa dócil (*Contemporary Sexuality*, 1999b).

La creencia en el papel vital de la anticoncepción en la salud de la mujer ha provocado demandas judiciales y actas legislativas con el fin de requerir a las compañías de seguros que brinden cobertura para los anticonceptivos que necesitan receta médica. En 1998, la Pro Life Caucus of Congress derrotó la legislación federal que requeriría a las compañías de seguros que pagaran por el control natal. Desde entonces, 23 estados han aprobado leyes para requerir a las aseguradoras que cubren medicamentos con receta que incluyan anticonceptivos en su cobertura (Alan Guttmacher Institute, 2006).

En Estados Unidos, las fuerzas contra la anticoncepción han trabajado para reducir los recursos estatales y federales para servicios anticonceptivos. Los fondos para clínicas comunitarias que brindan control natal gratuito o accesible han disminuido 59% desde 1980, dejando así a varios millones de mujeres de bajos recursos sin acceso a algún método, a pesar del hecho de que 73% de los estadounidenses cree que el acceso al control natal no debe estar limitado por la incapacidad de pagar por él (Harris, 2006; Lindberg y colaboradores, 2006). A nivel estatal, los grupos cristianos provida han persuadido a varios gobiernos de colocar todos los fondos para la familia en programas de “alternativas al aborto”. En Missouri, tal reasignación abandonó a 30 000 mujeres que habían confiado en el control natal con fondos del estado (Pollitt, 2005).

Las consecuencias de la reducción de recursos para las mujeres de bajos ingresos es obvia: desde 1994 las tasas de embarazos no planeados entre mujeres pobres han aumentado 29% mientras que las de aquellas con mayores ingresos han disminuido 20% (Kristof, 2006). Además, los estados con mayores gastos de planificación familiar pública han reportado menores tasas de embarazos no planeados y abortos, y mejor salud infantil. Otro resultado de las restricciones al control natal es que Estados Unidos tiene una de las tasas más elevadas de abortos en países occidentales (Feldmann, 2006; Speroff y Fritz, 2005). Estas estadísticas indican que, oponerse al control natal, los cambios en los papeles de género y el significado de la expresión sexual que respaldan es una prioridad más alta para provida que la prevención del aborto.

los miembros de la pareja lo mejor es participar activamente en la selección y el uso de anticonceptivos.

El primer paso para compartir la responsabilidad anticonceptiva puede ser que uno de los compañeros pregunte al otro acerca del control natal antes de tener una vida sexual activa por primera vez. Los estudios indican que tanto hombres como mujeres universitarias necesitan desarrollar habilidades para hablar de anticoncepción. Ellas necesitan ser más eficaces en obtener anticonceptivos, y los hombres en aprender a ser asertivos y en negarse a tener sexo sin un método preventivo eficaz (Gilliam, 2006; Van den Bossche y Robinson, 1997). La apertura a utilizar condones o a tener actividad sexual sin coito ya sea como el método anticonceptivo de elección o como método temporal o de apoyo, es otra forma de compartir la responsabilidad del control natal.

Selección de un método de control natal

Existen muchas formas de control natal para las parejas. Sin embargo, en la actualidad no existe ni existirá un método ideal, uno que sea 100% efectivo, completamente seguro, sin efectos secundarios, reversible, separado de la actividad sexual, barato, fácil de obtener, que pueda ser usado por ambos sexos y que no dependa de la memoria del usuario (Millas y Barclay, 2006). Todos los métodos actuales tienen ventajas y desventajas con respecto a su eficacia, efectos secundarios, costo y conveniencia (como se resume en las tablas 10.1 y 10.2). Es buena idea estar familiarizado con los diferentes instrumentos disponibles porque muchas personas usarán varios de ellos en alguna etapa de su vida sexual activa.

Eficacia

La eficacia o efectividad anticonceptiva se evalúa mejor viendo la **tasa de fracaso** (el número de mujeres en cada 100 que han resultado embarazadas al final del primer año de estar usando un método en particular). La **tabla 10.1** muestra la tasa de fracaso cuando los anticonceptivos son utilizados de manera consistente y correcta; también muestra la tasa de embarazos accidentales que resultan de su uso inadecuado o inconsistente. La variable más importante en los resultados del método es el error humano. La ignorancia en cuanto al uso correcto de un método y las creencias negativas acerca de su uso, la falta de participación de la pareja, el olvido o decir “esta vez no importa” reducen la efectividad y aumentan las probabilidades de embarazo. Además, las personas que se sienten culpables acerca del sexo tienden a usar menos efectivamente los recursos anticonceptivos (Strassberg y Mahoney, 1988). Los hombres y las mujeres que se sienten incómodos con su sexualidad tienden a tomar un papel pasivo en la decisión de utilizarlos, haciéndose así vulnerables a lo que sea que hagan o no sus compañeros con respecto al control natal. Una mujer también podría estar preocupada de que su pareja la vea como una chica agradable o una “chica fácil”. Una sencilla manera de parecer una “chica agradable” es no estar preparada con un control natal (Angier, 1999).

Cerca de la mitad de los embarazos no intencionales ocurren en mujeres que están usando anticonceptivos (Speroff y Fritz, 2005). Las solteras menores de 30 años tienden a tener más fallas en su uso, y las mayores de 30 son menos proclives a tenerlas. Además, aquellas con bajos ingresos económicos registran mayores tasas de fracaso que las que perciben mayores ingresos, posiblemente por la disponibilidad limitada de los servicios de salud (Fu y colaboradores, 1999).



Tasa de fracaso Número de mujeres de cada 100 que salen embarazadas al final de un año de haber usado un método anticonceptivo en particular.

➔ TABLA 10.1

Eficacia de varios métodos de control natal

Métodos	Tasa de fracaso ^a si se usa de manera correcta y consistente	Cifra de quienes se embarazan accidentalmente
Actividad sexual sin coito	0	0
Métodos hormonales		
Píldoras de estrógeno y progestina, incluyendo Seasonale	0.1	8
Píldoras de progestina	0.5	3
Anillo vaginal (NuvaRing)	0.3	8
Parche anticonceptivo (Ortho Evra)	0.3	8
Inyección de Depo-Provera	0.3	0.3
Lunelle	0.05	0.2
Implanon	0.1	0.1
DIU con progesterona		
Progestasert T	0.1	0.1
Mirena	0.1	0.1
Métodos de barrera y espermaticidas		
Condomes masculinos	3	16
Condomes femeninos	5	21
Espermaticidas vaginales	6	26
Métodos de barrera cervical con espermaticida		
Diafragma con espermaticida	6	12
Capuchón cervical		
Mujer con embarazos previos	20	40
Mujer sin embarazos previos	9	20
Esponja		
Mujer con embarazos previos	20	40
Mujer sin embarazos previos	9	20
FemCap	4	15
Escudo de Lea	6	18
DIU no hormonales		
T de cobre (Paragard)	0.6	0.8
Esterilización		
Ligadura de trompas	0.05	0.5
Vasectomía	0.1	0.2
Medición de fertilidad		
Método de días estándar	5	12
Métodos del calendario (ritmo), temperatura basal y moco cervical	9	20
Coito interrumpido	4	24
Sin método	85	85

^a Número de mujeres en cada 100 que se embarazan al final del primer año de estar usando un método en particular.

Fuentes: Akert (2003), Alan Guttmacher Institute (2002), Hutti (2003), Long (2002) y Speroff y Fritz (2005).

Uso de métodos de apoyo para aumentar la efectividad anticonceptiva

En ciertas circunstancias, una pareja podría necesitar o desear utilizar **métodos de apoyo**, que no son otra cosa que el uso de más de un método anticonceptivo de manera simultánea. Los condones, la espuma anticonceptiva y el diafragma son posibles métodos de apoyo que pueden ser combinados de muchas maneras con otros recursos de control natal para obtener mayor protección anticonceptiva. Las circunstancias en que una pareja podría utilizar un método de apoyo incluyen:

- El primer ciclo de la píldora.
- Como recordatorio del ciclo, después de olvidar tomar dos o más píldoras, o después de varios días con diarrea o vómito mientras esté tomando la píldora.
- El primer mes después de cambiar a una nueva marca de píldoras.
- Cuando se tomen medicamentos, como los antibióticos, que reducen la eficacia de la píldora.
- Durante los primeros tres meses después de la colocación del DIU.
- Cuando esté aprendiendo a usar un nuevo método anticonceptivo.
- Cuando la pareja quiera aumentar la efectividad de la anticoncepción (por ejemplo, usar espuma y un condón brinda protección eficaz).

¿Qué método anticonceptivo es el adecuado para usted

La efectividad no es el único factor importante que debe tomarse en cuenta al escoger un método de control natal. Muchos factores adicionales, entre ellos el costo, la facilidad de uso y los posibles efectos secundarios influyen en la decisión de utilizar uno u otro. La **tabla 10.2** resume algunos de los factores más importantes: costos comparativos y ventajas y desventajas de los métodos usados más comúnmente.

Más allá de las variables que se presentan en la tabla 10.2, la decisión acerca de cuál método de control natal elegir debe tomar en cuenta un factor más importante: los individuos que los van a usar (Ranjit y colaboradores, 2001). Las premisas que se presentan en el recuadro “¿Qué método anticonceptivo es mejor para usted?” están diseñadas para ayudarle a tomar en cuenta sus preocupaciones, las circunstancias, la condición física y las características personales al tomar esta decisión individual. En los párrafos siguientes analizamos muchos de los métodos anticonceptivos comunes; esta información más específica puede ayudarle a tomar su decisión.

Actividad sexual sin coito

Este importante método merece una mención especial porque involucra la decisión de tener relaciones sexuales sin coito vaginal. Es una forma viable de control natal. Incluye todas las formas de intimidad sexual que no sean coito vaginal, como los besos, las caricias, la masturbación mutua y el sexo oral y anal. Evitar voluntariamente el coito ofrece protección efectiva contra el embarazo, siempre y cuando el hombre no eyacule cerca de la abertura vaginal. Puede ser utilizado como método primario o temporal para evitar el embarazo, y también es recomendable cuando se sugiere no tener coito por alguna razón, por ejemplo, después del parto o después de un aborto o durante una erupción de herpes. Este método no tiene efectos secundarios indeseables. Sin embargo, no elimina las probabilidades de propagar infecciones de transmisión sexual, especialmente si hay sexo oral o anal.

Métodos de apoyo
Métodos anticonceptivos usados de manera simultánea con otro recurso como apoyo.

Actividad sexual no coital Intimidad sexual sin coito.

Método	Costo anual por cada 100 coitos	Ventajas	Desventajas
Actividad sexual sin coito	0	No hay efectos médicos secundarios; ayuda a desarrollar intimidad sexual sin coito.	Riesgo de coito no planeado; no hay protección contra infecciones de transmisión sexual.
Métodos hormonales			
Píldoras de estrógeno y progestina, incluyendo Seasonale	\$384-\$516 (\$32-\$43 por ciclo)	Muy efectivo. No se interrumpe la experiencia sexual. Reduce el PMS, los cólicos menstruales y el flujo. Aminora el acné. Puede reducir la migraña asociada con las fluctuaciones del ciclo menstrual. Reduce el riesgo de cáncer de ovario, de endometrio y de colon. No aumenta el riesgo de infarto en mujeres sanas, menores de 35 años, que no fuman.	No hay protección contra infecciones de transmisión sexual. Aumenta ligeramente el riesgo de coágulos de sangre, en especial en los dos primeros años de uso. Puede acrecentar la migraña. Posibles efectos secundarios como náuseas, retención de líquidos, sangrado irregular, disminución del deseo sexual.
Píldoras de progestina	\$384-\$456 (\$32-\$38 por ciclo)	Muy efectivo; no hay interrupción de la experiencia sexual; no hay efectos secundarios relacionados con los estrógenos; puede usarse durante la lactancia.	No hay protección contra infecciones de transmisión sexual. Sangrado. Puede empeorar el acné. Debe tomarse diariamente a la misma hora para que haga efecto.
Anillo vaginal (NuvaRing)	\$580	No hay que recordar tomar una píldora diaria; liberación consistente de dosis bajas de hormona; no se interrumpe la experiencia sexual.	No hay protección contra infecciones de transmisión sexual; aumenta el flujo vaginal; expulsión del anillo; no es efectivo en mujeres de más de 90 kg.
Parche anticonceptivo (Ortho Evra)	\$420	Igual que el anillo vaginal.	Sangrado un poco mayor que el producido por los anticonceptivos orales; irritación de la piel; no hay protección contra infecciones de transmisión sexual.
Inyección de Depo-Provera	\$196 (\$70 por inyección, más costo de la consulta)	Muy efectivo; no se interrumpe la experiencia sexual; no hay que tomar una píldora diaria; no hay efectos secundarios relacionados con estrógenos; buena opción durante la lactancia.	No hay protección contra infecciones de transmisión sexual; sangrado; aumento de peso; dolor de cabeza; cambios de humor; consulta médica e inyección cada tres meses.
Lunelle	\$420 (\$35 por inyección)	Igual que Depo-Provera; puede haber efectos secundarios relacionados con estrógenos; no hay sangrado.	Igual que Depo-Provera, pero la consulta médica y la inyección deben ser cada mes.
Implanon	Desconocido	Brinda mayor protección que cualquier otro anticonceptivo hormonal. Muy efectivo. No hay que recordar usar el método a diario o mensualmente. No hay efectos secundarios relacionados con estrógenos.	No hay protección contra infecciones de transmisión sexual. Puede causar sangrados irregulares, así como manchado. Riesgo de efectos secundarios relacionados con la progestina.
DIU con progesterona Progestasert T	\$500 el primer año	Muy efectivo; no hay interrupción de la actividad sexual; no hay que recordar su uso; puede usarse durante la lactancia.	No hay protección contra infecciones de transmisión sexual; aumenta el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica en mujeres con varios compañeros; aumenta el flujo y los cólicos menstruales; puede ser expulsado; aunque es raro, llega a perforar la pared uterina.
Mirena	\$700 el primer año, \$140 si se usa por cinco años	Igual que el Progestasert T, excepto que por periodos más cortos; puede usarse por más tiempo que el Progestasert T.	Igual que Progestasert T.
Métodos de barrera y espermaticidas			
Condomes masculinos	\$100 (\$1.00 cada uno)	Cierta protección contra infecciones de transmisión sexual; disponible sin receta médica.	Interrupción de la experiencia sexual; reduce la sensibilidad.
Condomes femeninos	\$300 (\$3.00 cada uno)	Igual que con los condones masculinos.	Igual que con los condones masculinos; más costosos que éstos; dificultad para colocarlos.

➤ TABLA 10.2

Factores a considerar al escoger un método de control natal

Método	Costo anual por cada 100 coitos	Ventajas	Desventajas
Espermaticidas vaginales	\$85 (85 centavos por aplicación)	No se necesita receta.	Interrupción de la experiencia sexual; irritación de la piel; no protegen contra infecciones de transmisión sexual; no son lo suficientemente efectivos para usarse sin condón.
Métodos de barrera cervical con espermaticida			
Diafragma	\$50 diafragma, \$280 por colocación, \$85 por espermaticida	Cierta protección contra infecciones de transmisión sexual bacteriana; puede colocarse antes del acto sexual; sin efectos secundarios; baja incidencia de cáncer cervical.	Protección limitada contra infecciones de transmisión sexual; aumento de infecciones de vías urinarias. Requiere práctica para ser usado correctamente; puede causar irritación vaginal o cervical.
Capuchón cervical	Igual que el diafragma	Igual que el diafragma; no aumenta las infecciones de vías urinarias.	Igual que el diafragma.
Esponja	\$200 (\$2 cada una)	Igual que el diafragma; no aumenta las infecciones de vías urinarias.	Igual que el diafragma.
FemCap	\$65, \$32.50 si se usa por dos años; \$85 por espermaticida	Igual que el diafragma; no necesita ser colocado por un médico; tiene un asa para facilitar su remoción.	Igual que el diafragma.
Escudo de Lea	\$145 (\$60 cada uno, reemplazado cada año); \$85 por espermaticida	Igual que el diafragma; no necesita ser colocado por un médico; tiene un asa para facilitar su remoción.	Igual que el diafragma.
DIU no hormonales			
T de cobre (Paragard)	\$550 el primer año; \$55 si se mantiene por 10 años	Puede mantenerse por 10 años; no hay que recordar su uso; también se utiliza para la anticoncepción de emergencia; puede emplearse durante la lactancia.	No brinda protección contra infecciones de transmisión sexual; aumenta el flujo y los cólicos menstruales; puede ser expulsado espontáneamente; incrementa el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica en mujeres con varios compañeros sexuales; rara incidencia de perforación de la pared uterina.
Esterilización			
Ligadura de trompas	\$1200-\$2500	Altamente efectivo y permanente; reduce el riesgo de cáncer de ovario; la esterilización transcervical es el procedimiento de esterilización femenina menos costoso.	No brinda protección contra infecciones de transmisión sexual; no es fácilmente reversible; hay molestias después de realizado el procedimiento.
Vasectomía	\$250-\$1000	Procedimiento fácil, menos costoso y con menos tasa de fracaso que la esterilización femenina.	No brinda protección contra infecciones de transmisión sexual, no es fácilmente reversible; hay molestias después de realizado el procedimiento.
Medición de fertilidad			
Método de días estándar	0	El más efectivo de este tipo de métodos; aceptado por la Iglesia católica.	No brinda protección contra infecciones de transmisión sexual; incertidumbre acerca de los días seguros; periodos de abstinencia o uso de otros métodos; requiere seguimiento y observación cuidadosos.
Métodos de calendario (ritmo), temperatura basal y moco cervical	0	Aceptados por la Iglesia católica; sin efectos médicos secundarios.	No brindan protección contra infecciones de transmisión sexual; periodos de abstinencia o uso de otros métodos.
Coito interrumpido	0	Sin efectos médicos secundarios.	No brinda protección contra infecciones de transmisión sexual; interrupción del coito.
Sin método	0	Aceptable sólo si se desea el embarazo.	No brinda protección contra infecciones de transmisión sexual.

Fuentes: Akert (2003), Alan Guttmacher Institute (2002), Hutti (2003), Long (2002), Panzer *et al.* (2006) y Speroff y Fritz (2005).

¿Qué método anticonceptivo es mejor para usted?

Escriba sí o no enseguida de cada una de las afirmaciones según se aplique a usted y, si es apropiado, a su pareja.

1. Tiene presión sanguínea elevada o alguna enfermedad cardiovascular.
2. Fuma.
3. Tiene una nueva pareja sexual.
4. Un embarazo no deseado sería devastador para usted.
5. Tiene buena memoria.
6. Usted o su pareja tiene varios compañeros sexuales.
7. Prefiere un método con poca o ninguna molestia.
8. Sufre periodos menstruales abundantes y dolorosos.
9. Necesita protección contra infecciones de transmisión sexual.
10. A usted le preocupa el cáncer de endometrio o de ovario.
11. Es olvidadiza.

12. Necesita un método de inmediato.
13. Se siente cómoda tocando sus genitales y los de su pareja.
14. Tiene un compañero dispuesto a cooperar.
15. Prefiere un poco más de lubricación vaginal.
16. Tiene relaciones sexuales en momentos y lugares impredecibles.
17. Se encuentra en una relación monógama y tiene por lo menos un hijo.

Puntuación

Las recomendaciones se basan en los *sí* dados a las siguientes afirmaciones: • combinación de píldora y Lunelle: 4, 5, 6, 8, 16. • Píldora de progestina: 1, 2, 5, 7, 16. • Condones: 1, 2, 3, 6, 9, 12, 13, 14. • Depo-Provera: 1, 2, 4, 7, 11, 16. • Métodos de barrera cervical: 1, 2, 13, 14. • DIU: 1, 2, 7, 11, 13, 16, 17. • Espermaticidas y esponja: 1, 2, 12, 13, 14, 15.

Anticonceptivos hormonales

En esta sección estudiaremos los métodos de control natal hormonales más populares: anticonceptivos orales, anillo vaginal, parche transdérmico e inyecciones.

Anticonceptivos orales

Los anticonceptivos orales han cambiado a lo largo de 40 años de desarrollar variaciones en la estructura química y la dosificación de las hormonas, lo que ha dado como resultado una gran variedad de opciones (Calderoni y Coupey, 2005). Los anticonceptivos orales son el método de control natal más utilizado por las mujeres, incluyendo a universitarias, en Estados Unidos. Más de 100 millones de mujeres de todo el mundo usan la píldora (Blackburn y colaboradores, 2000). En nuestros días, existen en el mercado cuatro tipos básicos: la píldora combinada de dosis constante, la trifásica, la de ciclo extendido y la de progestina.

En muchas mujeres que los usan, los anticonceptivos orales mejoran su salud en general (Speroff y Fritz, 2005). Sin embargo, no deben utilizarlos aquellas con antecedentes de ciertos padecimientos, como coágulos sanguíneos, infarto, problemas de circulación o cardíacos, ictericia, cáncer de mama o uterino, y sangrado genital sin diagnosticar. Además, tampoco deben tomar la píldora las mujeres con enfermedad hepática o si sospechan o saben que están embarazadas. Las que fuman o padecen migraña, depresión, hipertensión arterial, epilepsia, diabetes o prediabetes, asma o várices deben evaluar los riesgos potenciales con sumo cuidado y utilizar la píldora solamente bajo estricta supervisión médica. La **tabla 10.3** describe efectos secundarios raros, pero graves, de la píldora de control natal. ■

La píldora: cuatro tipos básicos

La **píldora combinada de dosis constante** ha estado disponible desde principios de la década de 1960 y es el anticonceptivo oral más utilizado en Estados Unidos. Contiene dos hormonas: estrógeno sintético y progestina (una sustancia parecida a la progesterona). La dosis de estas hormonas se mantiene constante a lo largo del ciclo menstrual. Existen más de 32 variedades de píldoras combinadas y cada una de

! Salud sexual

Píldora combinada de dosis constante
Píldora de control natal que contiene una dosis diaria constante de estrógeno y progestina.

❶ TABLA 10.3

Recuerde las 5 des de la píldora: síntomas de posibles problemas graves con la píldora anticonceptiva

Inicial	Síntomas	Posible problema
D	Dolor abdominal (grave)	Problemas factibles de la vesícula, tumor de hígado o coágulos sanguíneos.
D	Dolor torácico (grave) o dificultad para respirar	Coágulo sanguíneo en pulmones o ataque al corazón.
D	Dolor de cabeza (grave)	Infarto, hipertensión arterial o migraña.
D	Deficiencias oculares: visión borrosa, luces centelleantes o ceguera	Infarto, hipertensión arterial o problemas vasculares temporales en muchos posibles lugares.
D	Dolor grave de piernas, pantorrillas o caderas	Coágulos sanguíneos en las piernas.

Fuente: Adaptado de Hatcher y Guillebaud (1998).

ellas contiene diferentes cantidades y proporciones de las dos hormonas. La cantidad de estrógeno en la píldora ha disminuido desde 175 microgramos en 1960 hasta un promedio de 25 microgramos (Ritter 2003).

La **píldora trifásica**, en el mercado desde 1984, es otro tipo de anticonceptivo oral. A diferencia de la píldora combinada de dosis constante, la trifásica da fluctuaciones de los niveles de estrógeno y progesterona durante el ciclo menstrual. Está diseñada para reducir la dosis hormonal total y cualquier efecto secundario mientras mantiene la efectividad del anticonceptivo.

Otra píldora comercial de dosis constante disponible en el mercado es la llamada de *ciclo extendido*, porque se toma continuamente durante tres meses sin placebo. La única marca en el mercado, **Seasonale**, tiene una dosis menor de estrógeno y progestina que la mayoría de las otras pastillas de dosis constante o trifásicas. Seasonale reduce el número de periodos menstruales de 13 a cuatro por año, lo que beneficia de manera importante a las mujeres que se sienten incómodas con los síntomas de la menstruación durante la fase de placebo de las píldoras de combinación (Kripke, 2006).

La **píldora de progestina**, en el mercado desde 1973, sólo contiene 0.35 miligramos de progestina, una tercera parte de la cantidad promedio en una píldora combinada. Al igual que ésta, la píldora de progestina tiene una fórmula de dosis constante. Además, no contiene estrógenos y es una buena opción para las mujeres que prefieren o requieren un píldora sin esta hormona (Burkett y Hewitt, 2005).

Píldora trifásica Píldora de control natal que varía las dosis de estrógeno y progestina durante el ciclo menstrual.

Seasonale Píldoras de control natal que reducen la cantidad de ciclos menstruales a cuatro por año.

Píldoras de progestina Píldoras anticonceptivas que contienen pequeñas dosis de progestina y nada de estrógenos.

Cómo trabajan los anticonceptivos orales

Las píldoras combinadas, las trifásicas y las de liberación extendida evitan la concepción principalmente inhibiendo la ovulación. La progestina presente en estas píldoras brinda protección anticonceptiva secundaria engrosando y alterando la composición química del moco cervical a fin de impedir el paso de los espermatozoides al útero. También causa cambios en la cubierta del útero y lo hace menos receptivo a la implantación del huevo fertilizado (Larimore y Stanford, 2000). Además, puede inhibir la ovulación. Las píldoras que sólo tienen progestina trabajan diferente. La mayoría de las mujeres que las toman probablemente continúan ovulando, al menos de manera ocasional. El principal efecto de esta píldora es alterar el moco cervical, volviéndolo tan espeso y pegajoso que evita que los espermatozoides entren al útero. Al igual que con la píldora combinada, los efectos anticonceptivos secundarios son las alteraciones en la cubierta uterina, lo que evita la implantación del huevo fertilizado en el útero.

Cómo usar los anticonceptivos orales

Existen diferentes maneras de empezar a usar anticonceptivos orales, pero es necesario seguir cuidadosamente las instrucciones del médico. A diferencia de otros que se

toman en ciclos de 28 días, el Seasonale se ingiere diario durante tres meses, seguidos de siete días de tabletas inactivas antes de tomarlo otra vez por otros tres meses. Algunos medicamentos reducen la efectividad de los métodos orales. (➔ **tabla 10.4**).

➔ **TABLA 10.4**

Medicamentos que reducen la efectividad de los anticonceptivos orales

Algunos fármacos pueden reducir la efectividad de las píldoras de control natal. Informe a cualquier médico que le recete algún medicamento, que está tomando anticonceptivos orales. Use un método de respaldo, como espuma o condones, cuando tome algunas de las siguientes medicinas o remedios herbolarios:	
Barbitúricos	Dilantina
Ampicilina	Rifampicina (contra la tuberculosis)
Tetraciclina	Fenilbutazone (contra la artritis)
Tegretol	Yerba de San Juan

Fuente: Markowitz et al. (2003) y Zildar (2000).

!

Salud sexual

Olvidar tomar una o más píldoras reduce de manera abrupta la efectividad de los anticonceptivos orales, al igual que tomarlas a diferentes horas cada día. Dejar de ingerirla una o más veces puede reducir los niveles hormonales y permitir que ocurra la ovulación. Un gran número de usuarias olvida tomar cada día la píldora. Sin embargo, subestiman la frecuencia con la que lo hacen.

Un estudio que utilizó el registro electrónico de la hora y la fecha cuando las mujeres tomaron la pastilla del envase, encontró que más de 50% olvidaba tres o más píldoras por ciclo, lo que reduce sobremanera la efectividad del método (Potter y colaboradores, 1996). Para ayudar a prevenir estas omisiones, resultan útiles los estuches con reloj y alarma integrados, que alertan diariamente a la misma hora recordando que no se ha tomado la gragea.

Si está aplicándose anticonceptivos orales y olvida una píldora, deberá tomarla tan pronto como lo recuerde, y la siguiente píldora cuando le toque. Si olvida más, mejor consulte a su médico. También debe usar un método de respaldo, como la espuma anticonceptiva o el condón, para el resto del ciclo. ■



J. Darn Derstine
© Reuters/Corbis

Anillo vaginal y parche transdérmico

NuvaRing y Ortho Evra son dos métodos hormonales que no requieren tomar una píldora diariamente. Estrógeno sintético y progestina están impregnados ya sea en un anillo vaginal (Nuva Ring) suave y transparente de 5 cm de diámetro, o en un parche transdérmico de color *beige* (Ortho Evra), como se muestra en la ➔ **figura 10.2**.

Cómo trabajan el anillo y el parche

Tanto NuvaRing como Ortho Evra liberan las hormonas impregnadas a través de la cubierta de la vagina hacia el torrente sanguíneo. Entonces las hormonas trabajan de la misma forma que la píldora para evitar el embarazo.

Cómo usar el anillo y el parche

El anillo se inserta en la vagina entre el día 1 y el día 5 del ciclo menstrual. Se usa dentro de la vagina durante tres semanas, luego se retira por una semana y se reemplaza con un nuevo anillo. Puede permanecer en su lugar durante las relaciones sexuales o puede ser retirado durante tres horas cada ocasión sin reducir su efecto anticonceptivo (Long, 2002).

➔ **Figura 10.2** El anillo (arriba) y el parche (abajo) eliminan la necesidad de tomar una píldora diariamente.

Al usar el parche, la mujer escoge un día específico de la semana posterior al inicio del ciclo menstrual, al cual identificará como “el día de cambio de parche”. Ella reemplazará el viejo parche con uno nuevo el mismo día cada semana durante tres semanas, luego de las cuales dejará correr siete días sin éste. Puede ser colocado en las nalgas, el abdomen, la parte superior externa del brazo o la parte superior del torso (P. Murphy, 2003).

Anticonceptivos inyectados

Depo-Provera es un anticonceptivo hormonal inyectado. Fue aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) en 1992 (Kaunitz, 1994). Lunelle, otro anticonceptivo inyectado, fue aprobado en el año 2000 (Galewitz, 2000).

Cómo trabajan los anticonceptivos inyectados

El ingrediente activo de Depo-Provera es la progestina, la cual inhibe la secreción de gonadotropinas y evita la maduración folicular y la ovulación. Estas acciones también engrosan la cubierta endometrial para evitar la implantación del huevo fertilizado. La progestina también altera el moco cervical. Lunelle combina progestina y estrógeno, al igual que las píldoras combinadas.

Cómo usar anticonceptivos inyectados

Un médico o un profesional de la salud deberá aplicar la inyección de Depo-Provera una vez cada 12 semanas, dentro de los cinco primeros días del inicio de la menstruación. Por lo general, toma 10 meses lograr un embarazo una vez suspendida la aplicación de Depo-Provera (Galewitz, 2000). Lunelle requiere una aplicación mensual y la fertilidad regresa inmediatamente después de suspender las inyecciones.

Implante anticonceptivo

Implanon es un tubo delgado del tamaño de un cerillo, de 3-4 cm de longitud. Se inserta bajo la piel de la parte superior del brazo y libera hormonas anticonceptivas. Implanon se vendió en más de 30 países desde 1998, antes de que su uso en Estados Unidos fuera aprobado por la FDA en 2006 (Bridges, 2006).

Cómo trabaja el implante

Implanon libera una dosis lenta y constante de progestina, y evita el embarazo de la misma manera que la minipíldora de progestina. Puede no ser eficaz en mujeres con un peso 30% mayor que su peso ideal.

Cómo usar el implante

Un profesional de la salud inserta el tubo a través de un procedimiento quirúrgico rápido que requiere anestesia local. Es efectivo hasta por tres años.

❶ Métodos de barrera y espermaticidas

Los métodos hormonales causan cambios en el cuerpo de la mujer que inhiben la ovulación y la implantación. Otro grupo de dispositivos anticonceptivos trabaja de manera diferente, evitando que el espermatozoide alcance al óvulo. En esta sección analizaremos el condón y otros cuatro dispositivos de barrera cervical. Incluimos espermaticidas vaginales porque su efecto también es evitar que el espermatozoide llegue al huevo. Además del condón, ningún otro método de barrera protege contra infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/sida y los condilomas (Winer y colaboradores, 2006).

Condomes

Condón Cubierta que se coloca sobre el pene y que se usa para evitar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

Un **condón** es una cubierta que se coloca sobre el pene erecto. Su historia es larga. Una ilustración de un hombre usando un condón fue pintada en la pared de una cueva en Francia hace 12 000 a 15 000 años (Planned Parenthood, 2002). En 1564, un anatomista italiano, Falopio, describió una cubierta para el pene hecha de lino. La producción en masa de preservativos modernos y baratos comenzó después del desarrollo del hule vulcanizado en la década de 1840.

Los condones, también llamados *profilácticos* o *preservativos*, son el único método de control natal temporal para hombres que reduce de manera efectiva el contagio de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/sida. Son uno de los métodos anticonceptivos más populares en Estados Unidos. Un estudio reciente encontró que el nivel de escolaridad está relacionado con el uso del condón en hombres. Se le preguntó a varones no casados de entre 15 y 44 años si habían usado condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales: 38% de los que tenían nivel de preparatoria o menor, y 58% con algún tipo de educación universitaria reportaron haberlo utilizado (Martinez, 2006). Se estima que en el mundo se usan entre 6 y 9 mil millones de condones cada año (Gardner y colaboradores, 1999). A pesar del uso extendido del preservativo y su doble utilidad en la prevención del embarazo y del contagio de infecciones de transmisión sexual, grupos que están en contra de la anticoncepción y en favor de la abstinencia han difundido información errónea acerca de éste y trabajan para restringir la información correcta, como se describe en el siguiente recuadro de Sexo y política (p. 309).

Los condones están hechos de látex quirúrgico delgado, poliuretano o membranas naturales (intestino de oveja). Algunos tienen características especiales y son de colores o sabores. Los de la marca Trojan Extended Pleasure poseen un agente desensibilizante en el interior para ayudar a retrasar la eyaculación. Algunos tienen una especie de pezón en el extremo, llamado *receptáculo*, y otros presentan una superficie texturizada o arrugada. La mayoría viene enrollado y envuelto en papel aluminio o plástico y puede estar o no lubricado (véase ➔ figura 10.3). Los condones lubricados tienden menos a romperse, y según algunos usuarios, reducen menos la sensibilidad del pene durante el coito. Los de membrana natural cuestan más que los de látex, pero tienden a interferir menos con la sensibilidad. Sin embargo, contienen pequeños poros que pueden permitir el paso de virus asociados con infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/sida, herpes genital y hepatitis.

Los condones están disponibles sin receta médica en farmacias y tiendas de autoservicio, en clínicas familiares, por correo, en máquinas despachadoras y en programas especiales en escuelas (Blake y colaboradores, 2003; Guttmacher y colaboradores, 1997). Tienen una vida promedio de cinco años (no todos los paquetes tienen caducidad). Los condones de látex no deben ser guardados en lugares calientes, como la guantera de los coches o la bolsa trasera del pantalón, porque el calor puede deteriorar el látex.

➔ **Figura 10.3** Hay una gran variedad de condones.



Sico



© Joel Gordon

Condomes: política de protección

En 2001, el Instituto Nacional de Salud, el Departamento de Salud y Servicios Humanos y el Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas declararon en conjunto que los estudios demuestran que el uso consistente de condones masculinos protege contra la transmisión del VIH/sida de una persona a otra (National Institute of Allergy and Infectious Diseases, 2001). Usar un condón es 10 000 veces más seguro que no usarlo (SIECUS, 2005). A pesar de todos los beneficios personales y de salud pública de los condones, los individuos y las organizaciones de provida mantienen una campaña bien financiada en su contra. El movimiento provida “se opone a todo tipo de control natal, desde la píldora, que revolucionó la vida de las mujeres (y los hombres), hasta el preservativo, que en nuestra era es el último bastión contra las más virulentas infecciones de transmisión sexual” (Pope, 2006, p. 3).

Los grupos que están en contra de la anticoncepción y en favor de la abstinencia, incluyendo Pro-Life America, United for Life, Physicians for Life, American Life League y el Vaticano, falsamente declaran en sus sitios web y en su material impreso que el



J. P. Moczulski/Reuters/Corbis

La exposición del UCLA Fowler Museum, *Dress up Against AIDS*, espera eliminar el estigma de los condones y promover su uso para prevenir el VIH/sida. Presenta 14 vestidos diseñados por la artista brasileña Adriana Bertini, hechos completamente de condones que fueron rechazados por las pruebas de calidad de la industria.

VIH y otros agentes infecciosos pueden atravesar los condones, y por lo tanto provocar infecciones de transmisión sexual (Pope, 2006). Además, durante la administración Bush, el gobierno de Estados Unidos asignó millones de dólares de los impuestos para la educación sobre la abstinencia que malinforma a los estudiantes diciendo que los condones no son tan efectivos para prevenir embarazos e infecciones de transmisión sexual (Shorto, 2006). La campaña de provida en contra del condón también se opone a su uso en países africanos donde la más alta tasa de VIH/sida ha tenido efectos devastadores. Incluso el Centro para Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) sucumbió ante la presión de las fuerzas anti-condón lideradas por el senador Tom Coburn (repblicano de Oklahoma) y quitó de su sitio web la información acerca de los diferentes tipos de condones, de cómo usarlos correctamente y de su efectividad en la prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH/sida (Platner, 2005). Subsecuentemente, el presidente Bush nombró al senador Coburn miembro ejecutivo del Consejo Consultivo Presidencial sobre el VIH/sida (Platner, 2005).

Cómo trabaja el condón

Cuando se usa de forma apropiada, tanto el líquido eyaculado como el fluido de la glándula de Cowper se retienen en el receptáculo del condón. Así, éste sirve como barrera mecánica y evita de manera efectiva que los espermatozoides entren en la vagina.

Cómo usar el condón

El uso correcto y constante del condón es esencial para que sea eficaz, pero los estudios realizados con universitarios han encontrado que son muy frecuentes los errores de uso. Su colocación después de la penetración vaginal pero antes de la eyaculación es un error común que aumenta no sólo el riesgo de embarazo sino también de contagio de infecciones de transmisión sexual (Crosby y colaboradores, 2002). El recuadro “No salga sin su condón” analiza la importancia del condón y brinda algunas recomendaciones para comunicar de manera más efectiva su manejo.

La mayoría de los condones se empaican enrollados. Su uso correcto requiere desenrollarlos sobre el pene erecto antes de cualquier contacto entre éste y la vulva. Los espermatozoides presentes en las secreciones de la glándula de Cowper y en el



Salud sexual



SF Aids Foundation

➔ **Figura 10.4** (Arriba) El extremo de un condón plano debe girarse para dejar espacio en la punta antes de desenrollarlo sobre el pene. (Abajo) La punta de un condón con receptáculo no necesita ser girada.

eyaculado pueden viajar desde los labios hasta la vagina. Para mayor comodidad y sensibilidad, un hombre no circuncidado puede retraer el prepucio antes de colocar el preservativo sobre el pene (Bolus, 1994). Cuando se usa un condón de extremo plano (sin receptáculo), se debe girar la punta antes de desenrollarlo sobre el pene, como se muestra en la ➔ **figura 10.4**. Esto deja espacio en el extremo para el eyaculado y reduce las probabilidades de ruptura. En el caso poco común de que se rompa o de que se salga durante el coito, se debe aplicar espuma, crema o jalea anticonceptiva en la vagina de *inmediato* para solamente reducir el riesgo de embarazo (Walsh y colaboradores, 2004).

Un condón se rompe con mayor facilidad sin lubricación que con ella, así que si usa uno que no esté lubricado, ponga saliva o un lubricante a base de agua en la vulva y la parte externa del condón antes de introducir el pene en la vagina. No recurra a lubricantes con base de aceite, porque reducen la integridad del condón y aumentan las probabilidades de que se rompa (Spruyt y colaboradores, 1998). En la ➔ **tabla 10.5** hay una lista detallada de los lubricantes que pueden usarse con los profilácticos y de los que deben evitarse.

Como el pene comienza a perder tamaño y dureza justo después de la eyaculación, es importante sujetar la base del condón antes de retirarse de la vagina. De lo contrario, éste podría resbalarse y derramar semen dentro de la vagina. Tire los condones a la basura y no en el inodoro, ya que pueden tapar la tubería. ■

El condón femenino

El condón femenino está hecho de poliuretano o látex. Es parecido al masculino (véase ➔ **figura 10.5**), pero la mujer lo utiliza internamente. Un anillo de plástico flexible

➔ **TABLA 10.5**

¿Qué lubricantes son seguros o inseguros para usarse con condones?

Seguros	Inseguros
Lubricantes a base de agua o silicona	Crema Aldara
Aqualube	Aceite de bebé o <i>cold creams</i>
Astroglide	Bag Balm
Loción Cornhuskers	Aceites comestibles (por ejemplo, aceite vegetal, de oliva, de cacahuete, de maíz, de girasol)
Agua y saliva	Lociones para el cuerpo
Glicerina	Aceites para masajes
Todos los lubricantes ID (menos la crema ID)	Aceite mineral
Aloe-9	Jaleas de petróleo (vaselina)
Jalea lubricante H-R	Alcohol
Jalea lubricante K-Y	Manteca
Prepair	Bronceadores
Probe	Crema batida
ForPlay	Cremas y supositorios vaginales contra infecciones por levaduras
Gynol II	
Wet (excepto Wet oil)	
Lubricante Silicone	
DeLube	
Espermaticidas vaginales	

Fuente: Adaptado de Hatcher, R. et al. (2003). *A Pocket Guide to Managing Contraception*, Tiger, GA: Bridging the Gap Foundation.

No salga sin su condón

Los autores de un libro de educación sexual expresaron su inequívoca perspectiva sobre la evasión del uso eficaz del condón:

Si los autores escuchan una queja más de lo molestos que son los condones, van a vomitar. ¿Acaso siempre ha utilizado preservativos no lubricados, de 2 cm de grosor, que cuestan 5 centavos de dólar en una máquina expendedora? De acuerdo, sabemos que los condones no aparecen en sus fantasías sexuales. Pero también estamos seguros de que las úlceras genitales supurantes y los pagos por manutención infantil tampoco existen en su utopía. (Taylor y Sharkey, 2003, pp. 182-183.)

Las mujeres compran 50% de los condones que se venden actualmente. Un estudio encontró que la táctica más efectiva de las universitarias para promover el uso del condón es negarse a tener sexo a menos que su compañero lo utilice (De Bro y colaboradores, 1994). Estos hechos muestran una buena actitud hacia el uso del condón porque, junto con el embarazo no deseado, las mujeres tienen mucho más que perder que los hombres cuando la pareja no recurre a esta protección. La mujer tiene más probabilidades de adquirir una infección de transmisión sexual, incluyendo VIH/sida, y las de origen bacteriano hacen mucho más daño al sistema reproductivo femenino que al de un hombre y pueden arruinar su capacidad de tener hijos.

El libro *Before You Hit the Pillow, Talk* (Foley y Nechas, 1995) brinda recomendaciones para hablar acerca de los condones. En pocas palabras, sea claro y asertivo y no se pierda en argumentaciones. Decidir de antemano que no tendrá sexo sin condón le dará a su posición la fuerza que necesita. A continuación, algunos ejemplos de conversaciones específicas:

Afirmación de la pareja

“Estoy tomando la píldora. No necesitas usar el condón.”

“No se siente tan bien con el condón.”

“No es muy romántico.”

“Yo no haría nada que te lastimara.”

“Si tenemos que usar un condón, mejor no hacemos el amor.”

Su respuesta

“De todos modos me gustaría usarlo, así estaremos doblemente protegidos.”

“Aun así se sentirá mejor que nada.”

“Tampoco lo es un embarazo o una enfermedad.”

“¡Bravo! Te ayudo a ponértelo.”

“De acuerdo, entonces ¿qué te gustaría hacer?”

en su extremo cerrado lo fija contra el cérvix como un diafragma (analizado en la siguiente sección). Otro anillo rodea el área de los labios. Aunque el condón femenino se adapta al contorno de la vagina, el pene se mueve con libertad dentro de la funda que está recubierta de un lubricante con base de silicón. Si se usa de manera correcta, el condón femenino puede reducir sustancialmente el riesgo de contagio de infecciones de transmisión sexual (Minnis y Padian, 2001).

Los reportes varían en cuanto a la facilidad del uso del condón femenino. Sólo 7% de las mujeres y 8% de los hombres en los estudios realizados por la FDA dijeron que no les gustó (F. Stewart, 1998c). A las mujeres de otro estudio les agradó el ser capaces de insertar el condón femenino antes de la actividad sexual sin necesidad de quitarlo inmediatamente después de la eyaculación, y que el sexo fuera menos desprotegido de lo que sería sin usarlo. A otras les gustó el hecho de tener una opción



J. Darin Derstine



➔ **Figura 10.5** (a) El condón femenino. (b) Consta de dos anillos flexibles de poliuretano y una amplia y suave cubierta del mismo material.

que las protegiera de las infecciones de transmisión sexual y del embarazo, en lugar de depender de que el hombre lo usara. Sin embargo, las usuarias reportaron frustración y dificultad con la colocación, reducción en las sensaciones placenteras y resistencia al método por parte de la pareja (Choi y colaboradores, 2003).

Espermaticidas vaginales

Espermaticidas vaginales Espuma, crema, jalea, supositorios y película que contienen una sustancia que mata los espermatozoides.

Varios tipos de **espermaticidas vaginales** están disponibles sin receta: espuma, supositorios, esponja, cremas y jaleas y película anticonceptiva (➔ **figura 10.6**). La *espuma* es una sustancia blanca que parece crema de afeitar. Viene en una lata a presión y tiene un aplicador plástico. Los *supositorios vaginales* tienen forma ovalada, y la *esponja* es un dispositivo en forma de dona con espermaticida, que absorbe y mata los espermatozoides. El *vcf* es una película vaginal, es una lámina delgada de 5 × 5 cm que está impregnada con espermaticida. Viene empacada en una caja pequeña, parecida a una de cerillos, con 10-12 láminas.

Cómo funcionan los espermaticidas

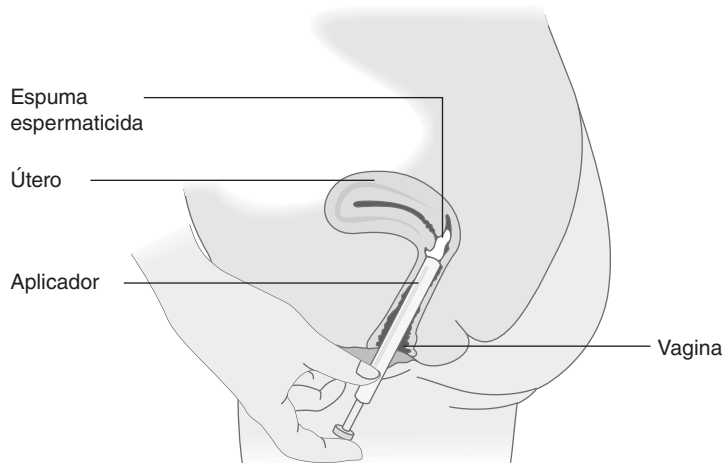
La espuma, los supositorios, la esponja, las cremas y jaleas y el vcf contienen un *espermaticida*, sustancia que mata los espermatozoides. Cuando se coloca la espuma con el aplicador, rápidamente cubre las paredes vaginales y la abertura al útero (véase la figura 10.6). Los supositorios vaginales anticonceptivos tardan 20 minutos en disolverse y cubrir las paredes. Una marca de supositorios, Encare, es efervescente y produce espuma dentro de la vagina; otras marcas se derriten. Una vez que el vcf se introduce en la vagina, cerca del cérvix, se disuelve para formar un gel fijo.

(a) Espuma vaginal anticonceptiva

(b) Un aplicador con espuma es insertado en la vagina, y la espuma es depositada en la parte posterior del canal vaginal.



J. Darin Derstine



(c) Película vaginal anticonceptiva

(d) Esponja anticonceptiva



J. Darin Derstine



J. Darin Derstine

➔ **Figura 10.6** Espermaticidas vaginales que están disponibles sin receta en farmacias.

Cómo se usan los espermaticidas

Los espermaticidas son menos efectivos en la prevención del embarazo que la mayoría de los otros métodos, así que necesitan ser utilizados con condones. Las instrucciones completas para su uso vienen en cada paquete de espermaticida vaginal. Para una mejor protección, es importante usar el producto como se indica. Es necesario aplicarlo antes de cada coito adicional. En cambio, la esponja es efectiva para varios coitos y puede ser introducida en la vagina hasta 24 horas antes del acto sexual. Probablemente es mejor tomar un regaderazo que un baño de tina cuando se usa un espermaticida para evitar que éste se salga de la vagina.

Dispositivos de barrera cervical

La práctica de cubrir el cérvix para brindar protección contra el embarazo ha existido durante siglos. En la Europa del siglo XVIII, Casanova promovía la idea de usar la mitad de un limón exprimido para cubrirlo; las europeas utilizaban cera de abeja. En 1838, un ginecólogo alemán tomó impresiones en cera del cérvix de todas sus pacientes para hacer capuchas de hule a la medida (Seaman y Seaman, 1978).

Como se muestra en la **figura 10.7**, el diafragma, FemCap, el capuchón cervical y el escudo de Lea son cuatro métodos que combinan una barrera física que cubre el cérvix con espermaticida vaginal para protegerlo del contacto con los espermatozoides viables. Estos dispositivos tienen forma de domo con un borde alrededor del lado abierto. El diafragma cubre la porción superior de la pared vaginal por la parte de atrás del cérvix hasta por debajo del hueso púbico. El capuchón cervical se coloca sólo sobre el cérvix. El FemCap y el escudo de Lea tienen bordes que descansan en la pared vaginal que rodea el cérvix y cuentan con asas para su extracción. A diferencia de los

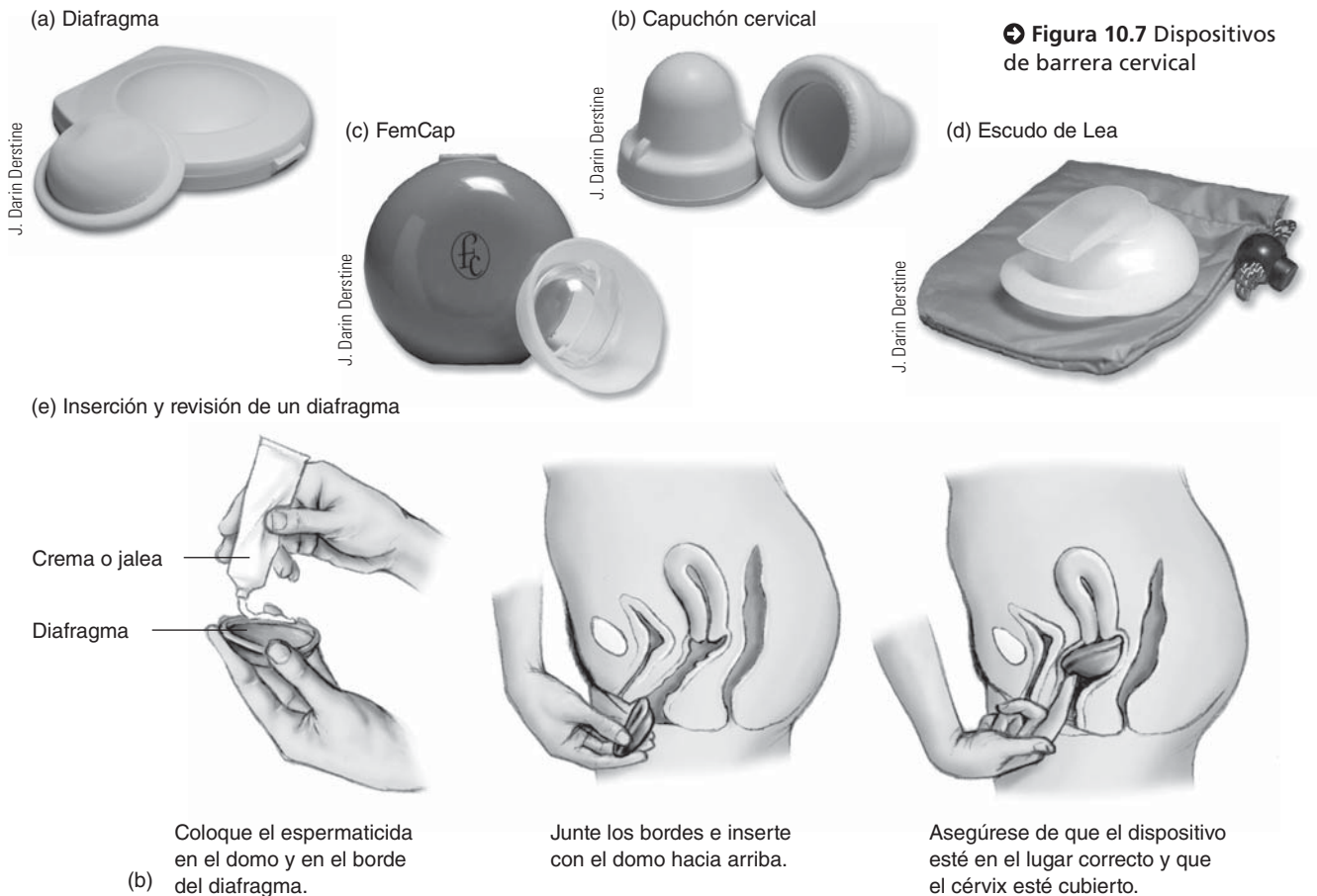


Figura 10.7 Dispositivos de barrera cervical

otros dispositivos, el escudo de Lea permite el flujo de líquido del cérvix a la vagina, pero evita que el semen entre en contacto con el cérvix.

Cómo se usan los dispositivos de barrera cervical

El diafragma y el capuchón cervical son ajustados individualmente por un profesional de la salud. Este profesional debe enseñarle a la usuaria a colocárselos en forma apropiada, para que los utilice con confianza (Hollander, 2006; McNaught y Jamieson, 2005). En cambio, el FemCap y el escudo de Lea no deben ser ajustados. En algunos países están disponibles sin receta; en Estados Unidos, sí es necesaria. Todos los dispositivos de barrera se usan con crema o jalea espermaticida que se coloca dentro del domo de la copa y sobre el borde. No use lubricantes a base de aceite con un diafragma o con el capuchón cervical porque estos dispositivos están hechos de látex y se deterioran cuando se emplean con este tipo lubricantes. (FemCap y el escudo de Lea están hechos de silicón.)

Para colocar cualquiera de estos dispositivos de barrera, apriete los lados del borde con una mano y con la otra abra los labios de la vulva, como se muestra en la figura 10.7e. Con la cara que contiene el espermaticida hacia arriba, coloque el dispositivo en la vagina. Después de haberlo insertado, usted o su pareja deberán palparlo para asegurarse de que el domo está cubriendo el cérvix. Algunas mujeres prefieren insertar el dispositivo antes de tiempo, en privado, mientras que otras comparten su colocación con el compañero. Como explicó un hombre:

Siempre he odiado los dispositivos de control natal para “justo antes de”, como los condones y los diafragmas. Sin embargo, con mi actual pareja, el diafragma es parte de nuestra excitación sexual. Por lo general estamos bastante excitados al momento de usar la jalea y el diafragma, y yo le estimo el clítoris con la mano mientras ella se lo coloca. También aprendí a ponérselo mientras ella se estimula a sí misma y a mí al mismo tiempo. Además, la jalea sobrante es un buen lubricante. La pausa entre el momento en que estamos listos y el momento del acto parece mejorar todo el asunto. (Archivo de los autores.)

Todos los dispositivos de barrera deben permanecer en la vagina al menos ocho horas para dar tiempo al espermaticida a que mate los espermatozoides que quedan en los pliegues de este órgano. Si hay otro coito, deje el dispositivo en su lugar y aplique más espermaticida. Las recomendaciones sobre cuánto tiempo antes se debe colocar y cuánto tiempo después se debe retirar, pueden variar según el método.

	Horas antes del coito	Horas después del coito
Diafragma	Hasta 6	Por lo menos 8, no más de 24
Capuchón cervical	Hasta 6	Por lo menos 8, no más de 24
FemCap	Hasta 8	Por lo menos 8, no más de 48
Escudo de Lea	Hasta 8	Por lo menos 8, no más de 48

Para retirar el diafragma o el capuchón cervical, coloque un dedo debajo del borde delantero para romper el sello de aire, luego saque el dispositivo de la vagina. El FemCap y el escudo de Lea tienen asas flexibles para quitarlos con facilidad. Enseñada hay que lavar el dispositivo con un jabón suave y agua tibia, y luego secarlo. El diafragma y el capuchón cervical pueden durar varios años, pero el FemCap y el escudo de Lea sólo se pueden usar por un año. Lleve el dispositivo con usted a su examen anual y a su Papanicolau para que su médico pueda evaluar si está bien ajustado y su condición. Un embarazo (aunque haya terminado en aborto espontáneo o inducido) o un cambio de peso de más de 5 kilos puede requerir un diafragma diferente.

Dispositivos intrauterinos

Los **dispositivos intrauterinos**, conocidos comúnmente como DIU, son pequeños objetos de plástico que se insertan en el útero. Los más comunes son la T de cobre (ParaGard), Progestasert T y Mirena (➔ **figura 10.8**). La T de cobre es una T de plástico con un alambre de cobre enrollado en su tronco y con mangas de cobre en los brazos. La Progestasert T es una T de plástico con liberación lenta de progesterona en el plástico. Mirena, el más reciente en el mercado estadounidense, es una T de poliuretano con un cilindro que contiene progesterona (Akert, 2003). Los tres tienen finos hilos de plástico, que están diseñados para que cuelguen ligeramente por fuera del cérvix hacia la vagina.

El DIU es el anticonceptivo reversible más común en el mundo en vías de desarrollo (Salem, 2006; Speroff y Fritz, 2005). Las estadounidenses que usan este método están muy complacidas con él, como lo indica la tasa de 80% de continuidad (cantidad de mujeres que comienzan a usar un método y lo siguen empleando un año después), más alta que la de píldoras, parches, anillos, condones o Depo-Provera (Hatcher, 2006). Las complicaciones por el uso de los DIU modernos son raras; se describen en la ➔ **tabla 10.6**.

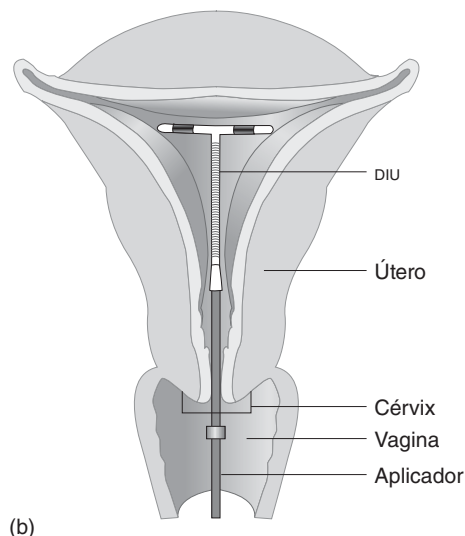
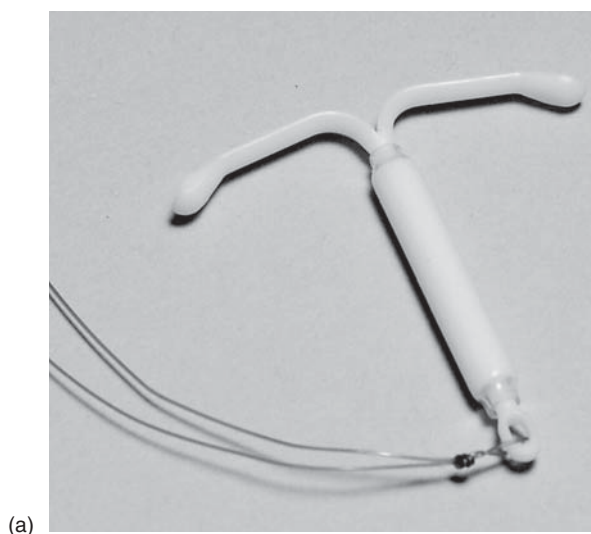
Dispositivo intrauterino (DIU) Pequeño objeto de plástico que se inserta en el útero para la anticoncepción.

➔ **TABLA 10.6**

Síntomas de posibles problemas graves con el DIU

Síntomas
Periodo retrasado o ausente.
Dolor abdominal.
Aumento de la temperatura, fiebre, escalofríos.
Flujo desagradable, flujo nauseabundo.
Sangrado, manchado, coágulos, periodos intensos.

Fuente: Adaptado de G. Stewart (1998).



Cómo funciona el DIU

Tanto el cobre como la progesterona de los DIU son eficaces para evitar la fertilización. La T de cobre parece alterar los fluidos de las trompas y del útero, lo que afecta a los espermatozoides y al óvulo para que la fertilización no ocurra. El Progestasert T y Mirena tienen efectos similares a los métodos anticonceptivos hormonales como la píldora y el Depo-Provera. Rompen los patrones ovulatorios, engrosan el moco cervical, alteran el endometrio y afectan la motilidad de las trompas (G. Stewart, 1998).

Cómo usar el DIU

El dispositivo intrauterino debe ser colocado por un médico con instrumental esterilizado. El aplicador y el DIU se introducen a través de la abertura cervical en el

➔ **Figura 10.8** (a) El DIU Mirena. (b) Posición del DIU después de su colocación por un profesional de la salud.



útero; el aplicador se retira y deja el DIU en su lugar. La T de cobre puede permanecer en su sitio por un periodo de 10 a 12 años, y los DIU de progesterona, de 7 a 10 años (Speroff y Fritz, 2005). Las mujeres deben ser evaluadas en busca de gonorrea o clamidia antes de la colocación del dispositivo, porque el procedimiento puede llevar bacterias al útero relacionadas con estas infecciones de transmisión sexual. Es preferible limitar el uso del aparato a mujeres con relaciones monógamas y que no tengan otros factores de riesgo asociados con infecciones de transmisión sexual (Speroff y Fritz, 2005).

Mientras una mujer esté usando el DIU, ella o su compañero deben revisar cada mes que el hilo tenga la misma longitud que cuando el dispositivo fue colocado. Para hacerlo, hay que introducir un dedo en la vagina y encontrar el cérvix. El hilo debe estar en medio del cérvix, saliendo por la pequeña protuberancia del centro. A veces el hilo se enrolla y no es posible sentirlo, pero cada vez que no pueda encontrarse, la mujer debe solicitar asistencia médica. También deberá buscar ayuda si el hilo parece estar más largo o si el plástico se sale de la abertura; esto probablemente signifique que el cuerpo está expulsando el dispositivo. ■

🕒 Anticoncepción de emergencia

¿Qué pasa si se sale el condón o si una pareja divorciada inesperadamente tiene relaciones sexuales (“por los viejos tiempos”) sin un control natal; o si una pareja se queda sin condones y sólo usa espuma; o si una mujer es violada cuando camina hacia su auto después de una clase nocturna; o si una mujer comienza a tomarse sus nuevas píldoras dos días después de lo indicado; o si se alcoholiza y tiene sexo sin protección; o si una mujer deja colocado el NuvaRing por más de cinco semanas, o si una pareja con un bebé recién nacido hace el amor antes de iniciar el control natal?

En estos y en muchos otros casos, un posible embarazo puede ser evitado por medio de la llamada **anticoncepción de emergencia (AE)**. Después del coito sin protección, la administración de píldoras hormonales o la inserción de una T de cobre son buenas opciones de anticoncepción de emergencia. Las píldoras hormonales son el método más utilizado. Si se toman 24 horas después del coito, hay 95% de efectividad en la prevención exclusiva del embarazo; dentro de las primeras 72 horas son 75% efectivas; e incluso dentro de las primeras 120 horas también brindan cierto grado de protección, pero cuanto más pronto se tomen, mejor (Curtis y colaboradores, 2004; Kort, 2006; Yakush 2005). Las opciones hormonales incluyen dos productos que fueron diseñados especialmente como AE: Preven (dos dosis combinadas de estrógeno y progesterona) y Plan B (dos dosis de 0.75 mg de levonorgestrel, que es una progesterona). La primera dosis se toma tan pronto como sea posible, y la segunda 12 horas después. La Organización Mundial de la Salud recomienda Plan B como el método AE más efectivo, con menores efectos secundarios. Sugiere tomar ambas tabletas de Plan B al mismo tiempo, mientras que las dosis de Preven se ingieren con 12 horas de diferencia (Curtis, 2004). Hay quienes usan dos o más anticonceptivos como sustitutos si no cuentan con el tratamiento de emergencia (📌 **tabla 10.7**). El sitio web <http://ec.princeton.edu> y la línea telefónica 1-888-668-2528 brindan información sobre cómo obtener AE en Estados Unidos y Canadá.

Estos tratamientos hormonales funcionan principalmente inhibiendo la ovulación (Population Council, 2005). También podrían brindar protección secundaria alterando el moco cervical y la cubierta del útero. Cuando una mujer usa AE, debe estar consciente de que puede haber efectos secundarios similares a los relacionados con las píldoras de control natal. Los más comunes de la AE de estrógeno-progestina son náuseas y vómito, los cuales sería poco probable que se presentaran con Plan B.

Si la T de cobre se coloca hasta cinco días después del coito sin protección, la probabilidad de eficacia es de 99% en la prevención del embarazo (Golden y cola-

En lugar de progestina única, Plan B	
Ovrette: 40 píldoras tan pronto como sea posible dentro de las primeras 120 horas del coito sin protección.	
En lugar de Preven*, que contiene estrógeno y progestina	
Dos píldoras tan pronto como sea posible dentro de las primeras 120 horas del coito sin protección, y dos más 12 horas después.	
Ogestrel	Ovral
Cuatro píldoras tan pronto como sea posible dentro de las primeras 120 horas del coito sin protección y cuatro después de 12 horas.	
Cryselle	Levlen
Levora	Lo/Ovral
Low-Ogestrel	Nordette
Portia	Seasonale
Seasonique	
Cinco píldoras tan pronto como sea posible dentro de las primeras 120 horas después del coito sin protección y cinco más 12 horas después.	
Alesse	Aviane
Lessina	Levlite
Lutera	

*En paquetes de 28, sólo las primeras 21 píldoras pueden usarse. Las últimas siete no contienen hormonas.

Fuente: Adaptado de Princeton University, Office of Population Research y Association of Reproductive Health Professionals (2006). "Answers to Frequently Asked Questions About Emergency Contraception in the United States of America" "Respuestas a preguntas frecuentes acerca de la anticoncepción de emergencia en Estados Unidos de América", tomado en 2006 de *The emergency contraception*. Web site: <http://ec.princeton.edu/>

boradores, 2001). Su tasa de fracaso es de menos de 1%, lo que hace a la T de cobre la forma más efectiva de AE. Es apropiado para aquellas mujeres que planean recurrir al DIU como método anticonceptivo permanente, pero su uso no se recomienda a aquellas con riesgo de padecer enfermedad inflamatoria pélvica o infecciones de transmisión sexual (Long, 2002).

La anticoncepción de emergencia evitó unos 51 000 abortos en Estados Unidos en el año 2000 (Jones y colaboradores, 2002b). El aumento en la disponibilidad y el uso de AE podrían prevenir un estimado de 2.3 millones de embarazos no planeados anualmente en Estados Unidos. Estudios realizados en clínicas de aborto indican que 50-60% de las pacientes habrían podido ser tratadas con AE, y hubieran querido echar mano de la anticoncepción de emergencia en lugar de someterse a un aborto si hubieran tenido información al respecto y acceso a ese recurso (Speroff y Fritz, 2005). Una encuesta Harris a nivel nacional encontró que 50% de los adultos en Estados Unidos (53% de simpatizantes del catolicismo y 39% de cristianos renacidos) piensa que la AE debería estar fácilmente disponible en farmacias (Harris Poll, 2006). Sin embargo, como vemos en el siguiente recuadro de Sexo y política, la poderosa oposición en contra de la anticoncepción de emergencia interfiere con su disponibilidad para las mujeres que quieren prevenir embarazos no planeados.

➤ Métodos de detección de fertilidad

Los métodos de control natal estudiados hasta ahora requieren el uso de píldoras o dispositivos. Algunos de ellos tienen efectos secundarios en determinadas usuarias, y se asocian con problemas de salud graves (anticonceptivos orales y DIU). Los métodos de barrera que hemos visto (los condones, los espermaticidas vaginales y el diafrag-

Oposición a la anticoncepción de emergencia

Dado que el fácil acceso a la anticoncepción de emergencia (AE) podría reducir la tasa anual de abortos en Estados Unidos, uno pensaría que los líderes y las organizaciones antiaborto utilizarían su influencia política para favorecer este acceso. Podríamos echar un vistazo a un programa de Francia diseñado para reducir la tasa de abortos en el país; en ese programa, las enfermeras brindan a estudiantes de escuelas secundarias y preparatorias anticoncepción de emergencia gratuita (Kristof, 2006). Existen otros ejemplos para emular en 38 países desarrollados y en vías de desarrollo de todo el mundo (incluyendo Albania, México, Perú, Portugal, la República del Congo, Túnez, Canadá y el Reino Unido) que brindan AE sin costo en clínicas gubernamentales o la venden en los escaparates de las tiendas junto con medicamentos de venta libre como aspirinas y gotas para los ojos (Barroso, 2006; Tumino, 2006). Sin embargo, en lugar de adoptar otros métodos efectivos para prevenir el aborto, muchos activistas y organizaciones de provida creen que “la única emergencia en este caso es el temor de la mujer a quedar embarazada” y aplican presión política para limitar el acceso de los ciudadanos a la anticoncepción de emergencia (American Life League, 2006, p. 1).

Como resultado de la presión política ejercida sobre la FDA por los grupos provida, más de 40 congresistas republicanos y el entonces presidente Bush, en 2004 el organismo rechazó la recomendación de su comité asesor científico acerca de que se pusiera a disposición de las mujeres, sin receta médica, el anticonceptivo de emergencia Plan B. La FDA dijo que necesitaba más tiempo para evaluar el impacto de la disponibilidad sin receta de la anticoncepción de emergencia sobre los jóvenes adolescentes, a pesar de que los estudios demuestran que el acceso de venta libre no aumenta la frecuencia de sexo sin protección ni disminuye el uso de otros anticonceptivos (Graham, 2006; Harper y colaboradores, 2005; Heavey, 2006; Marston y colaboradores, 2005). Resulta irónico que los adolescentes que dicen pertenecer a una religión tienden más a beneficiarse de la AE, pues los que dicen ser religiosos practicantes propenden menos a utilizar anticonceptivos durante

el primer encuentro sexual que otros adolescentes (Hillard, 2005; Graham, 2006).

La decisión de la FDA fue poco común y despertó dudas sobre la integridad de la agencia como cuerpo científico inmune a la ideología política y religiosa. Los críticos de la decisión concluyeron que “la política importa más a esta administración que la salud de la mujer” (Editorial Board, 2006, p. B4; Camp, 2006; Kerr, 2006). Plan B es el único medicamento que en los últimos 10 años no ha sido aprobado para su venta libre después de una recomendación del comité de la FDA (Kort, 2006). Además, los empleados de la dependencia que normalmente firman las declaraciones no aprobatorias, se negaron a signarla en este caso porque se oponían con vehemencia a esta decisión. Además, el director de la Office of Women's Health at the FDA renunció debido al desprecio de esta institución a la evidencia científica y clínica de los beneficios de otorgar el estatus de venta libre a Plan B (Fennell, 2006).

Las diversas sociedades médicas y organizaciones de salud pública que han intentado por muchos años hacer que la AE esté fácilmente disponible, siguen pidiendo a la FDA que se retracte de su decisión. Debido a la barrera que impide que la AE esté disponible en el momento en que se necesita, en 2006 el Colegio Americano de Obstretas y Ginecólogos inició la campaña “Pregúntame” para alentar a sus pacientes a obtener una receta por adelantado y así tener la AE a la mano para cuando la necesiten (Victory y Nilsson, 2006). Además, los activistas en favor de los anticonceptivos pusieron demandas, y las entonces senadoras Hillary Clinton (demócrata por Nueva York) y Patty Murray (demócrata por Washington) condujeron tres años de recomendaciones políticas que ayudaron a que, en 2006, la FDA decidiera permitir a los farmacéuticos vender la AE a mujeres de 18 años o mayores. La decisión no satisfizo lo que en realidad se deseaba: poner la AE a disponibilidad de mujeres de cualquier edad en los anaqueles de las tiendas sin tener que pedírsela a un farmacéutico, y las recomendaciones seguirán hasta obtener el acceso más fácil posible para cualquiera (Richards, 2006; Tummino, 2006).

ma) tienen menos efectos secundarios, pero requieren que la pareja los utilice cada vez que se tiene relaciones sexuales.

Muchas parejas están interesadas en un método de control natal sin efectos secundarios, barato y que no interrumpa la espontaneidad durante la interacción sexual (Fehring, 2004). En los siguientes párrafos estudiaremos los métodos de control natal basados en cambios que ocurren durante el ciclo menstrual y que pueden ser la respuesta a algunas de las preguntas de la pareja. También se les conoce como *métodos de planificación familiar natural* o **métodos de detección de fertilidad**. Se basan en el hecho de que el cuerpo de una mujer con potencial reproductivo revela señales sutiles de su ciclo de fertilidad a las que puede prestarse atención para prevenir la concepción o planearla.

Existen cuatro métodos de detección de la fertilidad: el de días estándar, del moco, del calendario y de la temperatura corporal basal. Cualquiera de éstos puede

Métodos de detección de la fertilidad Métodos de control natal que usan los signos de fertilidad cíclica para prevenir o planear la concepción.

usarse de manera combinada para aumentar su efectividad. Cerca de 4% de las mujeres en Estados Unidos usa la planificación familiar natural (Stanford y colaboradores, 1998). Durante el periodo fértil, las parejas se abstienen del coito y practican otras formas de intimidad sexual o continúan teniendo coito y usan otros métodos de control natal durante el periodo fértil. Los estudios actuales indican que, aparte del método de los días estándar, los de detección de la fertilidad son menos efectivos que la mayoría de los otros métodos de control natal (Jennings y colaboradores, 1998).

Método de días estándar

El **método de días estándar** es el más reciente de planificación familiar natural. Es apropiado para mujeres que tienen ciclos menstruales de 26 a 32 días de duración. Las parejas evitan el coito sin protección entre los días 8 y 19 de cada ciclo menstrual. Esta “ventana de fertilidad” dura 12 días para tomar en cuenta tanto los días cercanos a la ovulación como las posibles variaciones del momento justo de la ovulación de un ciclo a otro. Este método ha sido probado clínicamente y muestra la tasa de efectividad más alta entre los métodos de planificación familiar natural (Arevalo y colaboradores, 2002). La mujer puede darle seguimiento en un calendario o utilizando un collar de cuentas como el que se muestra en la **figura 10.9**.

Método de días estándar

Control natal que requiere que la pareja evite el coito sin protección durante un periodo de 12 días justo en medio del ciclo menstrual.

Método del moco

El **método del moco**, también conocido como *método de ovulación*, se basa en los cambios cíclicos del moco cervical que revela periodos de fertilidad en el ciclo de la mujer. Para usarlo, ésta debe aprender a leer la cantidad y textura de las secreciones vaginales y mantener un registro diario de los cambios. La mujer “lee” su moco poniendo sus dedos dentro de la vagina y notando la consistencia de las secreciones:

Método del moco

Control natal basado en la determinación de la ovulación a través de los cambios cíclicos del moco cervical.

- Después de la menstruación hay unos “días secos”, cuando no hay descarga vaginal en la vulva.
- Cuando se presenta una descarga pegajosa amarilla o blanca, debe evitarse el coito sin protección,
- Varios días después aparece el moco ovulatorio. Es claro, de consistencia fibrosa y elástica, parecido a la clara de huevo. Una gota de moco deberá estirarse entre el pulgar y el dedo índice unos 3-4 cm antes de romperse. Una sensación de humedad y lubricación vaginal acompaña esta descarga, la cual posee un balance químico y una textura que ayudan al espermatozoide a entrar al útero.
- Aproximadamente cuatro días después de que el moco ovulatorio comienza a producirse y 24 horas después de que reaparece una descarga turbia, se considera que es seguro tener coito sin protección.

El periodo fértil por lo general dura de nueve a 15 días de cada ciclo. En muchas ciudades se ofrecen clases acerca del método del moco en hospitales y clínicas. El patrón



J. Darin Derstine

Figura 10.9 Un collar de cuentas basado en el método de días estándar ayuda a la mujer a seguir su ciclo menstrual y a saber cuándo puede quedar embarazada. Se mueve el anillo negro (flecha) a lo largo de las 32 cuentas de color, las cuales representan los días fértiles y los días de baja fertilidad.

del moco de cada mujer varía, y tomar una clase es la mejor manera de aprender a interpretar los cambios.

Método del calendario

Método del calendario
Control natal basado en la abstinencia durante los días fértiles estimados a través del calendario.

Al usar el **método del calendario**, también conocido como *método del ritmo*, la mujer estima el periodo durante su ciclo en que está ovulando y es fértil. Para usarlo, debe llevar un registro, preferiblemente por un año, de la duración de sus ciclos. (No deberá usar anticonceptivos orales en este tiempo porque éstos imponen un ciclo que puede no ser el real.)

- El primer día de la menstruación se cuenta como el día 1. La mujer debe contar el número de días de su ciclo, siendo el último día el anterior a la aparición de la menstruación.
- Para determinar los días de alto riesgo en los cuales deberá evitar el coito sin protección, la mujer restará 18 del número de días de su periodo más corto. Por ejemplo, si su ciclo más corto fue de 26 días, el día 8 sería el primer día de alto riesgo.
- Para estimar cuándo se puede reanudar el sexo sin protección, la mujer deberá restar 10 del número de días de su periodo más largo. Por ejemplo, si su ciclo más largo fue de 32 días, podrá retomar el coito sin protección el día 22.

Método de la temperatura corporal basal

Método de la temperatura corporal basal
Control natal basado en los cambios de temperatura corporal que ocurren antes y después de la ovulación.

Otra manera de estimar los días de alta fertilidad es a través de la temperatura, usando el **método de la temperatura corporal basal**. Justo antes de la ovulación, la temperatura corporal basal (TCB, temperatura corporal en reposo al caminar por la mañana) desciende en forma ligera. Después de la ovulación, el cuerpo lúteo libera más progesterona, lo que provoca que la temperatura experimente un pequeño incremento (0.5 °C). Como estos cambios de temperatura son ligeros, se debe utilizar un termómetro con graduaciones fáciles de leer. Se han desarrollado termómetros electrónicos especiales para medir la TCB y son efectivos para indicar los periodos fértiles en el ciclo.

► Esterilización

La *esterilización* es el método de control natal de mayor eficacia después de la abstinencia del coito, y su seguridad y permanencia es ideal para quienes ya no desean más hijos o deciden no ser padres. La esterilización es el método más usado en Estados Unidos y en el resto del mundo (Landry, 2002). Aunque se están investigando las formas de hacer reversible la esterilización, en la actualidad los procedimientos con ese fin requieren cirugías complicadas y su eficacia no está garantizada (Liang, 2000). Por lo tanto, esta opción sólo se recomienda a aquellos que deseen un método permanente de control natal (Sandlow y colaboradores, 2001).

No es necesario decir que la esterilización siempre debe ser decisión personal del individuo o de la pareja. Sin embargo, en Estados Unidos, por ejemplo, ésa no siempre ha sido la política. En 1924, la Corte Suprema de Justicia, en su fallo *Buck vs Bell* legalizó la esterilización forzada como parte del programa de eugenesia (buena descendencia) en Estados Unidos. En la década de 1970, más de 30 estados participaron en la esterilización forzada de 70 000 ciudadanos estadounidenses. La mayoría de las víctimas eran mujeres, y más de 60% eran de raza negra. Algunas fueron esterilizadas después del parto sin que lo supieran. Otras fueron obligadas a escoger entre la esterilización o la terminación de los beneficios familiares de la asistencia social. El Estado ordenó aplicarla en algunas que consideraba flojas o promiscuas. Hasta la



Sexo y política

fecha, Carolina del Norte es el único estado en haber ofrecido una disculpa formal y en establecer una comisión para dar una compensación a las víctimas (Schoen, 2006; Sinderbrand, 2005). ■

Esterilización femenina

La esterilización femenina se ha convertido en un procedimiento relativamente seguro, simple y económico. La **ligadura de trompas** puede lograrse a través de varias técnicas que utilizan pequeñas incisiones y anestesia, ya sea local o general. En la ➔ **figura 10.10** se muestra una *laparoscopia*. Se hacen una o dos incisiones en el abdomen, generalmente a nivel del ombligo y por debajo de la línea del vello púbico. Después se inserta un instrumento de visión con luz, llamado *laparoscopio*, para localizar las trompas de Falopio. Luego se atan, se cortan y se les coloca un clip o se cauterizan para bloquear el paso de espermatozoides y óvulos. Por lo general, las incisiones son tan pequeñas que se usa cinta adhesiva en lugar de sutura para cerrarlas después de la cirugía. En ocasiones, el corte se hace a través de la pared vaginal en un procedimiento que se llama *colpotomía*.

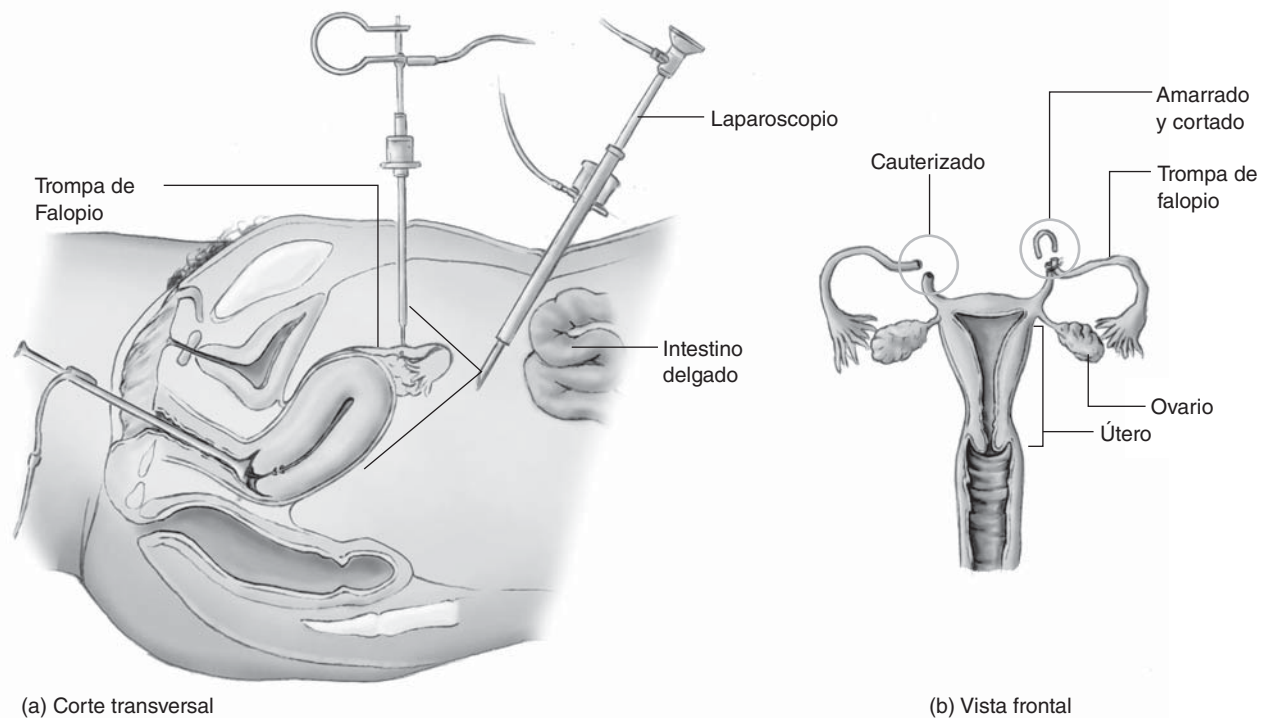
Existe una nueva técnica que no requiere quirófano, anestesia general, ni mucho tiempo de recuperación (Kerin y colaboradores, 2003). El procedimiento toma media hora y se realiza con anestesia local. Durante una **esterilización transcervical**, el médico inserta un alambre llamado *Essure* (véase ➔ **figura 10.11**) en la vagina, a través del cérvix, y hacia la abertura de cada trompa de Falopio al útero. Cuando se libera el alambre, éste se expande y se coloca en su lugar. El *Essure* está hecho de fibras de poliéster y una aleación de níquel y titanio, el mismo material usado para fabricar válvulas cardíacas artificiales. El alambre estimula el crecimiento del tejido que, después de tres meses, bloquea las trompas de Falopio y evita el encuentro entre el óvulo y el espermatozoide. Las mujeres y su pareja deberán usar otro método de control natal durante esos tres meses (Ritter, 2003). El efecto secundario más común son los cólicos; en casos raros el alambre es expulsado o perfora la trompa de Falopio.

Ligadura de trompas

Esterilización femenina a través de la ligadura o el corte de las trompas de Falopio.

Esterilización transcervical

Método de esterilización femenina que usa un pequeño alambre que se inserta a través de la vagina, el cérvix y el útero al interior de las trompas de Falopio.



➔ **Figura 10.10** Esterilización femenina por medio de ligadura laparoscópica. La vista frontal muestra las trompas después de la ligadura.



Conceptus/Essure

➔ **Figura 10.11** Essure es un pequeño alambre usado en la esterilización femenina.

Vasectomía Esterilización masculina que consiste en cortar y cerrar los conductos deferentes.

La esterilización no afecta el sistema reproductivo y sexual de la mujer. Hasta la menopausia, sus ovarios seguirán liberando sus huevos. Éstos simplemente degeneran, al igual que lo hacen millones de células todos los días. Los niveles hormonales de la mujer y el momento de la menopausia siguen sin cambios. Su sexualidad no resulta alterada en el aspecto psicológico, aunque puede haber un aumento en su interés sexual y en su excitación debido a que ya no existe la preocupación por el embarazo o por los métodos de control natal (Stewart y Carignan, 1998).

Esterilización masculina

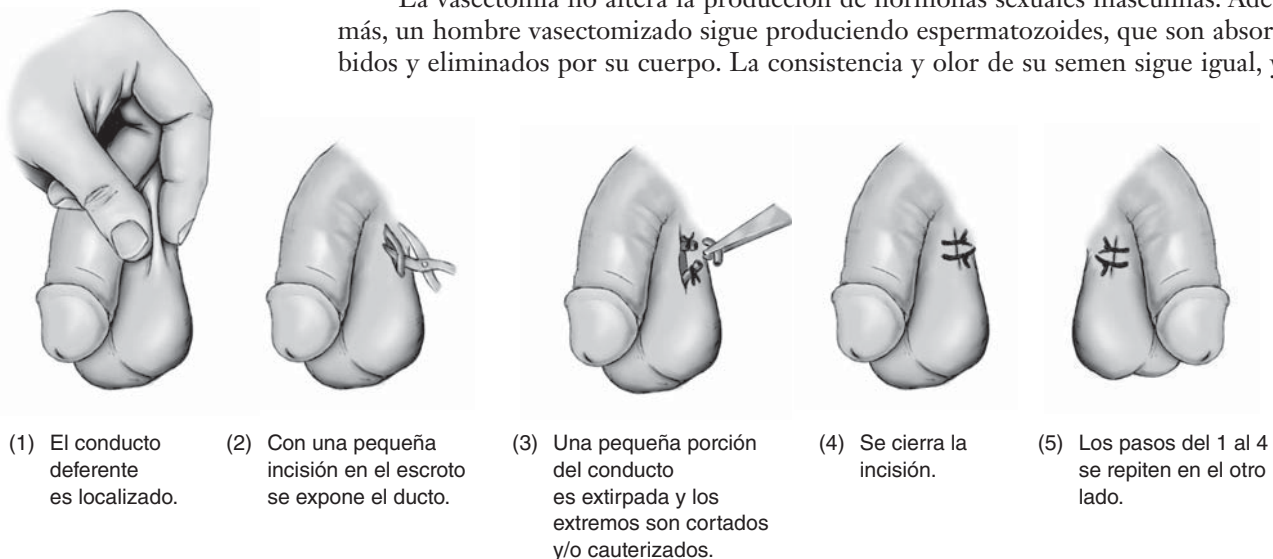
La esterilización masculina es tan efectiva como la femenina y tiene la ventaja de ser más segura y menos costosa, y con menos complicaciones después de la cirugía. Aunque unos 500 000 hombres se practican la vasectomía anualmente en Estados Unidos, tres veces más mujeres casadas que hombres casados en Estados Unidos se han sometido a la esterilización (Baill y colaboradores, 2003).

La **vasectomía** es un procedimiento quirúrgico de menos de 20 minutos de duración que generalmente se practica en el consultorio del médico, y consiste en cortar el conducto deferente, el ducto que transporta los espermatozoides, para que éstos sean bloqueados y no puedan pasar al pene durante la excitación sexual y la eyaculación (➔ **figura 10.12**).

Con anestesia local se hace una pequeña incisión o punción en la bolsa escrotal, por encima de los testículos. Se extrae el conducto y se quita una pequeña porción. Los extremos libres se amarran, se ligan o cauterizan para evitar que se vuelvan a unir. El hombre puede esperar una tumefacción, inflamación o enrojecimiento en la zona de la cirugía, un efecto que puede durar desde un día hasta dos semanas. Cerca de 25% de los varones reportó un poco de dolor después de la vasectomía; algunos de ese grupo tuvieron molestias por más de tres meses y requirieron analgésicos o atención médica (Rasheed y colaboradores, 1997).

Una cantidad significativa de espermatozoides queda almacenada más allá del sitio de la incisión, y el hombre permanece fértil por algún tiempo después de la operación. Por lo tanto, es necesario utilizar un método alternativo efectivo de control natal hasta que los análisis revelen que no quedan espermatozoides en el líquido seminal. Muchos doctores recomiendan que un hombre vasectomizado debe hacerse una prueba en busca de espermatozoides tres meses después de la operación (Shah y Fisch, 2006). En raros casos, los dos extremos libres se vuelven a unir (esto se llama *recanalización*) (Stewart y Carignan, 1998).

La vasectomía no altera la producción de hormonas sexuales masculinas. Además, un hombre vasectomizado sigue produciendo espermatozoides, que son absorbidos y eliminados por su cuerpo. La consistencia y olor de su semen sigue igual, y



➔ **Figura 10.12** Esterilización masculina por medio de la vasectomía.

sus eyaculaciones contienen casi el mismo volumen que antes, ya que los espermatozoides constituyen sólo menos de 1% del total del eyaculado. La mayoría de los hombres reporta que la cirugía no ha afectado negativamente su funcionamiento sexual (Stewart y Carignan, 1998). Algunos experimentan mayor espontaneidad y placer debido al menor temor de embarazar a sus compañeras.

Tres hombres de cada 1 000 que se han sometido a la vasectomía solicitan una **vasovasostomía**, una reversión de la vasectomía (Liang, 2000). Aproximadamente 80% de las vasovasostomías se realizan a hombres casados por segunda vez, después del divorcio (Fallon y colaboradores, 1981). Cuanto menor sea el intervalo de tiempo entre uno y otro procedimiento, mejores son los resultados. La mejor manera de medir el éxito es el embarazo subsecuente de la pareja; varios estudios muestran una tasa promedio de 50% (Matthews y colaboradores, 1997).

Vasovasostomía

Reconstrucción quirúrgica del conducto deferente para revertir la vasectomía.

❶ Métodos menos efectivos

Además de los métodos anticonceptivos que hemos estudiado hasta el momento, existen otros que son mucho menos eficaces y que se usan con menor frecuencia. Mencionaremos algunos debido a la prevalencia de ideas erróneas acerca de su efectividad. Estudiaremos el amamantamiento, la interrupción del coito y las duchas como métodos de control natal.

Amamantamiento

Lactar a un bebé retrasa el regreso de la mujer a la fertilidad después del parto cuando éste sólo se alimenta de la leche materna. Sin embargo, éste no es un método del todo confiable, ya que no hay manera de saber cuándo se reinstalará la ovulación. Generalmente hay amenorrea (falta de menstruación) durante el amamantamiento, pero esto no es un indicativo de incapacidad para concebir. Cerca de 80% de las mujeres que están dando el pecho al bebé ovula antes de su primer periodo menstrual. Cuanto mayor es el tiempo de amamantamiento, mayor es la probabilidad de que ocurra la ovulación (Kennedy y Trussel, 1998).

Interrupción del coito o coito interrumpido

La práctica de sacar el pene de la vagina justo antes de eyacular se conoce como *interrupción del coito* o *coito interrumpido*. Esto es ineficaz, ya que las secreciones pre-eyaculatorias de la glándula de Cowper pueden contener espermatozoides capaces de fertilizar un huevo. También puede ser difícil para el hombre saber el momento justo en el que debe retirarse, y su tendencia es permanecer dentro de la vagina el mayor tiempo posible, que puede ser demasiado. Cualquier espermatozoide depositado en los labios mientras el hombre retira su pene puede navegar hasta la vagina. La pareja suele experimentar ansiedad que hace reducir el placer por estar pensando en el momento justo de la interrupción del coito.

Duchas

Aunque algunas mujeres usan las *duchas* después del coito como método de control natal, éstas no son efectivas. Después de la eyaculación, algunos espermatozoides llegan al interior del útero en cuestión de uno o dos minutos. Además, el movimiento del agua de la ducha puede ayudar a los espermatozoides a llegar a la abertura del cérvix. Y las duchas frecuentes no son recomendables porque pueden irritar los tejidos vaginales.

➊ Nuevos derroteros en la anticoncepción

Como hemos visto en este capítulo, existen riesgos para la salud e inconvenientes asociados con los métodos anticonceptivos disponibles. Cada año hay embarazos no deseados debido a la falla del método o a errores del usuario. Se necesitan más investigaciones para mejorar la seguridad, la confiabilidad y la facilidad del control natal (Nass y Strauss, 2004; Schwartz y Gabelnick, 2002).

Sin embargo, para investigar se precisa dinero. La mayoría de los estudios clínicos en materia de anticoncepción se llevan a cabo fuera de Estados Unidos con el apoyo económico de este país (Benagiano y Cottingham, 1997). Los fondos estadounidenses destinados a programas de planificación familiar internacional para conducir trabajos clínicos sobre anticoncepción han sido mínimos. Además, muchas compañías farmacéuticas han abandonado sus programas de investigación debido al alto costo de los estudios clínicos necesarios para que el producto sea aprobado por la FDA, y a la preocupación acerca de los gastos pasivos del medicamento (Tone, 2002). Dadas estas limitaciones, analizaremos las futuras posibilidades tanto para hombres como para mujeres. ■



Reuters/Miro Kuzmanovic/Landov

Diversos países son proactivos en el desarrollo de nuevas versiones de condones. En 2008, el Instituto para la Consultoría del Condón de Alemania esperaba ofrecer un preservativo en aerosol. El hombre introduce el pene en una lata que rocía látex para encerrarlo en una cubierta a la medida, que no se resbala. El condón *Pronto* de Sudáfrica está hecho para que el usuario se lo ponga rápidamente. El paquete se abre a la mitad, doblando por ambos extremos. El usuario jala el paquete hacia abajo hasta la base del pene y luego retira el paquete.

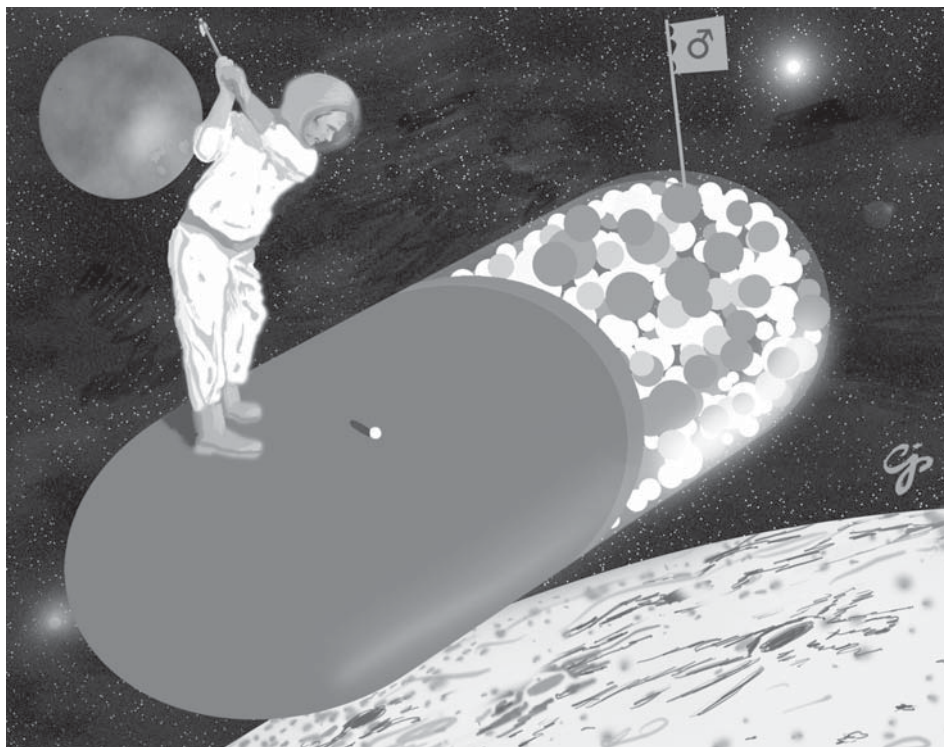
Nuevos caminos para los hombres

Los estudios indican que la mayoría de los hombres utilizaría una píldora anticonceptiva (Upadhyay, 2005). Debido a que el fracaso anticonceptivo tiene mayores consecuencias para las mujeres que para los hombres, ¿ellas confiarían en que sean los varones los que tomen la píldora? Los estudios muestran que la mayoría afirma que sí confiaría; sólo 2% respondió que no confiaba en que su compañero lo haga. Además, varones y mujeres piensan que una píldora para hombres es una buena idea porque la responsabilidad de la anticoncepción tiende a recaer en ellas (Nieschlag y Henke, 2005; Upadhyay, 2005).

En la actualidad, la anticoncepción masculina está limitada a los condones, la vasectomía y la interrupción del coito. Las investigaciones actuales se han concentrado en la inhibición de la producción de espermatozoides, de la motilidad o de la maduración. No existe una solución fácil, ya que cualquier medicamento que se piense que inhibe la generación de espermatozoides necesita administrarse por lo menos 10 semanas, que es lo que dura su ciclo de producción (N. Alexander, 2003). Además, los medicamentos que alteran esta producción generalmente afectan el interés y la función

sexual, y podrían tener otros efectos secundarios.

La opción más prometedora es el uso de testosterona o una combinación de progestina y testosterona en un implante o en una inyección. Algunos estudios han encontrado un regreso a la fertilidad cuatro-cinco meses después de usar anticonceptivos hormonales masculinos (Liu y colaboradores, 2006). Dos nuevos métodos de esterilización que están en estudio son formas de vasectomía reversibles. Uno consiste en inyectar un gel bloqueador en el conducto deferente; para revertir el procedimiento, el gel puede ser disuelto. El segundo método usa el Intra Vas Device, que consiste de dos tapones que se insertan en el conducto deferente; los tapones pueden quitarse más adelante. La implantación y la remoción de este dispositivo puede hacerse en 20 minutos (Upadhyay, 2005).



“Primer hombre en la píldora” es un póster destinado a reclutar voluntarios para ensayos clínicos con píldoras de control natal para hombres (Roots, 2004).

Cortesía de Clifford Jay Snider

Nuevas direcciones para mujeres

En la actualidad se analiza una vacuna anticonceptiva no hormonal que sería fundamentalmente una nueva forma de control natal (Williams y colaboradores, 2006). Sin embargo, otros derroteros apuntan hacia variaciones de los métodos de administración y formulaciones de hormonas existentes. En el caso de los anticonceptivos orales, se están probando nuevas progestinas y la extensión del tiempo durante el cual la mujer debe tomar las píldoras sin parar (Edelman, 2006; Miller, 2006). Los investigadores también están estudiando nuevos diseños de DIU, y un anticonceptivo en aerosol podría sumarse a las opciones de la anticoncepción transdérmica. También se encuentran en desarrollo la segunda generación de condones femeninos y diafragmas. Los investigadores estudian espermaticidas que contienen antibióticos con la esperanza de brindar a las mujeres protección en contra de infecciones de transmisión sexual y VIH/sida (Dhawan y Mayer, 2006).

Desde el advenimiento de la píldora, las opciones anticonceptivas han aumentado de manera considerable. Sin embargo, los anticonceptivos ideales 100% eficaces, reversibles para hombres y mujeres (métodos sin efectos secundarios y que brinden protección contra infecciones de transmisión sexual) no estarán disponibles en el futuro cercano.

? Pensamiento crítico

¿Cree usted que las mujeres son tan ingenuas como para creer a los hombres que aseguren estar tomando la píldora? ¿Por qué?

R E S U M E N

Perspectivas históricas y sociales

- Desde el inicio de la historia escrita, la humanidad se ha preocupado por el control natal.
- Margaret Sanger abrió las primeras clínicas en Estados Unidos en una época en la que era ilegal dar información y dispositivos anticonceptivos.
- Las objeciones al control natal se originan en las creencias religiosas de la doctrina católica romana y de los grupos de extrema derecha de provida. Sin embargo, muchos miembros de la Iglesia en Estados Unidos usan algún tipo de anticoncepción artificial.

Responsabilidad compartida y selección de un método de control natal

- Un hombre puede compartir su responsabilidad anticonceptiva con su pareja femenina informándose, preguntando acerca del control natal, acompañando a la pareja a su examen, usando condones o absteniéndose si la compañera lo prefiere, y compartiendo el costo del examen y del método anticonceptivo.
- La facilidad de uso, la seguridad, el costo y la efectividad pueden influir en la selección del anticonceptivo.
- La gente que se siente culpable y tiene actitudes negativas acerca de la sexualidad tiende menos a usar anticonceptivos que aquellos que tienen actitudes positivas acerca de la sexualidad.

Anticonceptivos hormonales

- Hay cuatro tipos de anticonceptivos orales disponibles. La píldora combinada de dosis constante contiene dosis fijas de estrógeno y progestina. La píldora trifásica da fluctuaciones de los niveles de estrógeno y progestina a lo largo del ciclo menstrual. La píldora de ciclo extendido reduce la cantidad de ciclos menstruales a cuatro por año. La píldora de progestina contiene bajas dosis de esta hormona.
- Las ventajas de los anticonceptivos orales incluyen alta efectividad y falta de interferencia con la actividad sexual. Las píldoras de control natal también están asociadas con baja incidencia de cáncer de útero, ovario y colon. Una ventaja adicional es la reducción del flujo menstrual y de los cólicos. La ventaja de la píldora de progestina son los pocos efectos secundarios debidos a estrógenos. El anillo vaginal, NuvaRing, el parche transdérmico, Ortho Evra y la inyección Depo-Provera son anticonceptivos hormonales que no requieren recordar que hay que tomar una píldora diariamente.
- Entre las desventajas de los anticonceptivos orales están los posibles efectos secundarios, como el aumento de la tendencia a formar coágulos, aumento de la migraña, náuseas, retención de líquidos, sangrado irregular y disminución del

deseo sexual. Las desventajas de la píldora de progestina son el sangrado irregular y la posibilidad de efectos secundarios adicionales. En general, los riesgos a la salud de los anticonceptivos orales son menores que los del embarazo y el parto.

- Depo-Provera es un anticonceptivo inyectable que dura tres meses.

Métodos de barrera y espermaticidas

- Los condones están disponibles en una gran variedad de estilos. Sus ventajas incluyen protección contra enfermedades de transmisión sexual y su disponibilidad como método de respaldo. Sus desventajas son la interrupción de la actividad sexual y la disminución de la sensibilidad del pene. También se ha desarrollado un condón femenino.
- Los espermaticidas vaginales (la espuma anticonceptiva, la esponja, los supositorios vaginales, las cremas y jaleas y la lámina anticonceptiva) se pueden conseguir sin receta. Sus ventajas son: ausencia de efectos secundarios graves y lubricación adicional. Sus desventajas son: bajo nivel de efectividad, a no ser que se use con un condón, posible irritación de los tejidos genitales e interrupción de la actividad sexual.
- Las ventajas de los métodos de barrera cervical son la falta de efectos secundarios, la alta efectividad, siempre y cuando se usen correcta y consistentemente, y posible mejoría de la salud vaginal. Las desventajas incluyen interrupción de la actividad sexual, irritación potencial por la crema o la jalea y posible mala colocación durante la inserción o en el coito.

Dispositivos intrauterinos

- La T de cobre, el Progestasert T y Mirena son los únicos dispositivos intrauterinos (DIU) disponibles en el mercado estadounidense. Las ventajas del DIU consisten en que la interacción sexual es continua y su uso es simple. Las desventajas son las posibilidades de aumento de cólicos y su expulsión espontánea. Si bien la perforación uterina sucede, es rara. El DIU aumenta el riesgo de padecer una enfermedad inflamatoria pélvica en mujeres con varias parejas sexuales.

Anticoncepción de emergencia

- Plan B, Preven, anticonceptivos orales y la T de cobre pueden utilizarse como anticoncepción de emergencia cuando una mujer haya tenido sexo sin protección.
- La FDA negó el estatus de “venta libre” a los anticonceptivos de emergencia a pesar de la recomendación de su comité.

Métodos de detección de fertilidad

- Los métodos anticonceptivos basados en el ciclo menstrual (días estándar, moco, calendario y temperatura corporal basal) ayudan a planear la actividad sexual para evitar el periodo fértil de la mujer.

Esterilización

- Por ahora, debe considerarse que la esterilización es permanente. La decisión de ser esterilizado tiene que ser evaluada con sumo cuidado.
- La ligadura de trompas es el procedimiento más común entre las mujeres. No afecta sus niveles hormonales, el ciclo menstrual ni el momento de la menopausia.
- La vasectomía, el procedimiento de esterilización masculina, no es efectiva para el control natal de forma inmediata después de la cirugía debido a que algunos espermatozoides pudieron haber quedado en el conducto deferente por encima del punto de incisión.

Métodos menos efectivos

- El amamantamiento, las duchas y la interrupción del coito son métodos anticonceptivos no confiables.

Nuevos derroteros en la anticoncepción

- Los posibles métodos anticonceptivos para hombres en el futuro incluyen el uso de hormonas para reducir la producción y la motilidad de los espermatozoides.
- Los posibles métodos anticonceptivos para mujeres incluyen variaciones del DIU, espermaticidas con antibióticos contra las infecciones de transmisión sexual y nuevos métodos de administración de hormonas.

► Lecturas recomendadas

Hatcher, Robert, et al. (2004). *Contraceptive Technology*, 18a. ed., Nueva York: Ardent Media. Un libro fácil y actualizado acerca del control natal, obligatorio para cualquiera que quiera conocer la información más reciente acerca de la tecnología y los efectos de la anticoncepción.

Page, Christina (2006). *How the Pro-Choice Movement Saved America: Freedom, Politics and the War on Sex*. Nueva York: Basic Books. Un análisis profundo de cómo el movimiento provida ha atacado las leyes y políticas de control natal que ayudan a prevenir embarazos no deseados y abortos.

Schoen, Johanna (2006). *Choice and Coercion: Birth Control, Sterilization and Abortion in Public Health and Welfare*. Chapel Hill: University of North Carolina Press. Un examen del potencial represivo y liberador de la anticoncepción a nivel local y global.

Tone, Andrea (2002). *Devices and Desires: A History of Contraceptives in America*. Nueva York: Hill and Wang. Una intrincada historia del control natal en Estados Unidos, desde los pesarios de la época victoriana hasta el racismo en las políticas gubernamentales.

► Recursos en la Web

Sitio web CengageLearning

Visite www.cengage.com/highered para enlazarse con diversos recursos, como preguntas de repaso, actividades interactivas, vínculos con Internet, ejercicios de pensamiento crítico, foros de discusión y muchos otros servicios. También puede acceder a los sitios desde el Wadsworth Psychology Study Center (<http://psychology.wadsworth.com>) o conectarse directamente a los siguientes sitios:

Nota. Tenga en cuenta que este material es independiente del libro y que las páginas que lo contienen pueden ser modificadas o eliminadas sin previo aviso.

Margaret Sanger Papers Project

Se destacan en este sitio la vida, artículos y trabajo de la pionera del control natal en Estados Unidos. También contiene una gran lista de vínculos con sitios relacionados.

Successful Contraception (Anticoncepción exitosa)

Sitio de la Asociación de Profesionales de la Salud Reproductiva. Además de proporcionar excelente información acerca de varios métodos anticonceptivos, ofrece una herramienta interactiva para ayudarle a escoger el método de control natal más apropiado para usted.

International Planned Parenthood Federation

Esta reconocida organización que promueve la planificación familiar y la anticoncepción ofrece este sitio donde encontrará noticias, comunicados de prensa, artículos de revista y otros recursos.

Contraceptive Choices (Tipos de anticonceptivos)

Este sitio, patrocinado por la Federación de Paternidad Planeada de Estados Unidos, incluye una guía rápida de las ventajas y desventajas de varios tipos de anticoncepción.

Emergency Contraception

Información detallada acerca de la anticoncepción de emergencia, que incluye cómo utilizar ciertos anticonceptivos orales para casos de emergencia.

When Timing is Everything (Cuando el retraso lo es todo)

Un grupo de empaques de píldoras de control natal con alarma de notificación para ayudar a las mujeres a recordar cuándo deben tomar la píldora.

Condomania

Navegue a través de cientos de tipos de condones.



Sitio web de apoyo a la obra en inglés

Visite el sitio web de la obra (*Our Sexuality Book Companion Website*) en

<http://latinoamerica.cengage.com/crooks> y elija la décima edición de este libro. Haga clic en "Apoyo electrónico para el estudiante". Allí encontrará herramientas que le ayudarán a aprovechar al máximo su tiempo de estudio: encuestas de actitud, crucigramas, temas de ensayo, tarjetas mnemotécnicas de los principales conceptos y sus definiciones, un glosario general, preguntas de opción múltiple y falso-verdadero, vínculos con sitios web sobre temas relacionados con cada capítulo, bibliografía general y un examen final. Asimismo, encontrará un vínculo para comprar el acceso a más material suplementario en línea: CengageNow.



CengageNow ¡Exactamente lo que necesita saber AHORA!

Dedique tiempo a lo que necesita dominar, no a la información que ya aprendió. CengageNow es un paquete de recursos electrónicos que le ayudará en su aprendizaje. Realice una prueba preliminar del capítulo, y CengageNow generará un plan personalizado de estudio a partir de sus resultados. El plan identificará los temas que debe repasar y lo dirigirá a los recursos en línea que le servirán para dominarlos. Después efectuará una prueba para determinar los conceptos que ya aprendió y aquellos en los que todavía debe trabajar. Visite el sitio www.cengage.com/login si ya tiene su código de acceso. Si no cuenta con él, siga el vínculo *Buy Now*. Escriba *Our Sexuality* en el campo de título. Elija la décima edición de este libro. Haga clic sobre la opción *CengageNow*. Se desplegará una solicitud de acceso y los precios en dólares americanos.



Biblioteca en línea InfoTrac College Edition

Investigue si su institución cuenta con un convenio de uso de InfoTrac, una de las mejores y más vastas bibliotecas en línea del mundo en el ámbito educativo. Conéctese a www.cengage.com/login para acceder a InfoTrac College Edition, biblioteca de consulta en línea que contiene multitud de revistas, muchas exclusivamente sobre la sexualidad humana: *Archives of Sexual Behavior*; *Archives of Sexual Health Behavior*; *Canadian Journal of Human Sexuality*; *Hispanic Journal of the Behavioral Sciences*; *Journal of Cross-Cultural Psychology*; *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*; *Journal of Sex Research* y *Sex Roles*.

La concepción de los hijos: proceso y elección



► La opción de ser padres

¿Cuáles son las ventajas y las desventajas de ser padres o de no tener hijos?

► El embarazo

¿Cuáles son algunas de las causas de la infertilidad en hombres y mujeres?

¿Cuáles son las actuales tecnologías reproductivas artificiales? ¿Cómo funcionan?

► Aborto espontáneo y voluntario

¿Cómo afecta emocionalmente el aborto espontáneo a la mujer y a la pareja?

¿Cuáles son los factores que más influyen en la tasa de abortos de un país?

¿Qué procedimientos se usan en el aborto?

¿Cómo han cambiado las leyes relacionadas con el aborto desde *Roe vs Wade*?

► La experiencia del embarazo

¿Cómo afecta el embarazo a la sexualidad?

► Un embarazo saludable

¿Cómo se desarrolla el feto en cada trimestre del embarazo?

¿Qué factores pueden dañar al feto durante el embarazo?

► El parto

¿Qué ocurre en cada una de las tres etapas del parto?

► Después del parto

¿Cuáles son las ventajas y las desventajas de amamantar?

¿Qué criterios debe usar la pareja para decidir cuándo volver a tener relaciones sexuales?

He sido un padre expectante dos veces, pero mi papel fue muy diferente la segunda vez debido a los cambios en las prácticas obstétricas. El nacimiento de mi primer hijo fue la clásica escena del padre caminando en la sala de espera mientras mi esposa estaba en la sala de partos. En mi segundo matrimonio el embarazo fue “nuestro embarazo” desde el principio. Fui a las citas con el médico y vi los ultrasonidos del bebé. Ver latir su corazón al inicio de la gestación me dio una sensación de estar conectado desde el principio. Fuimos juntos a clases de preparación para el parto; participé desde el principio hasta el final durante el trabajo de parto y en el nacimiento de nuestro bebé. Fui con él a la enfermería para el pesaje, las mediciones y la limpieza, y luego se lo llevé a su madre a la habitación. Me hubiera gustado vivir esa experiencia con el nacimiento de mi primer hijo. (Archivo de los autores.)

Una de las decisiones más importantes que tendremos que tomar en nuestra vida es si nos convertimos en padres. En este capítulo analizaremos las ventajas y desventajas de serlo. También veremos los procesos de concepción, embarazo y parto y algunas de las emociones que los acompañan desde la perspectiva de los padres. Quienes necesiten más información deberán consultar bibliografía de referencia o recurrir a un profesional de la salud. Como inicio, veremos la elección de tener hijos y algunas de las opciones disponibles para las personas que quieren ser padres.

► La opción de ser padres

En la actualidad, cada vez más parejas e individuos están optando por no tener hijos, debido principalmente a la disponibilidad de los modernos y eficaces anticonceptivos. En 1975 el porcentaje de mujeres de 40 años que no tenía hijos era de 9; en 1997 era de casi 17 (Clark, 2000). Si reducimos el grupo a ejecutivas de más de 40 años, 42% no tenía hijos (Jeffrey, 2006). Quedarse sin descendencia tiene muchas ventajas potenciales. Los individuos y las parejas cuentan con más tiempo para ellos mismos y hay más recursos económicos y más espontaneidad con respecto a sus patrones recreativos, sociales y laborales. Los individuos que no son padres pueden continuar totalmente su carrera para crear más oportunidades de satisfacción en su vida profesional. Asimismo, por lo general hay más tiempo y energía para la compañía y la intimidad en una relación adulta (Carroll, 2000).

Generalmente, los matrimonios sin hijos están menos estresados; y algunos estudios demuestran que son más felices y están más satisfechos que aquellos con hijos, sobre todo en los años posteriores al nacimiento del primero (Crohan, 1996; Lavee y colaboradores, 1996). No tener la preocupación de satisfacer las necesidades físicas y psicológicas de los hijos puede marcar la diferencia, debido a que el conflicto acerca de *quién hace qué* por ellos es una de las principales fuentes de desencanto en muchas parejas (Cowan y Cowan, 1992; Vehjar y colaboradores, 2006). Sin embargo, adviértase que la disminución de la satisfacción marital después del nacimiento de los vástagos puede deberse a que las parejas casadas que son infelices siguen juntas sólo porque tienen hijos pequeños.

Convertirse en padres de hijos adoptados o biológicos también tiene muchas ventajas potenciales. Una muestra nacional representativa encontró que 98% de padres y 97% de madres estuvieron de acuerdo con la afirmación: “La recompensa de ser padre vale la pena, a pesar de los costos y el trabajo que conlleva” (Martínez y colaboradores, 2006, p. 28). Los hijos dan y reciben amor, y su presencia puede aumentar el amor entre las parejas a medida que comparten la crianza de su prole. El manejo exitoso de los retos de ser padres también puede aumentar la autoestima y brindar una sensación de logro. Es, por lo general, una oportunidad de descubrir nuevas dimensiones de uno mismo que pueden dar a nuestra vida mayor significado y satisfacción.

La recompensa potencial de ser padres o de quedarse sin hijos puede ser romántica o irreal para una determinada pareja; y algunas personas tienen sentimientos ambivalentes. Como aseguró un autor, tenerlos te cambia la vida, pero no tenerlos también te la cambia (Cole, 1987).

El embarazo

En este capítulo veremos algunos de los desarrollos, experiencias y sentimientos involucrados en el proceso fisiológico de ser padres, empezando por el embarazo. Este primer paso puede ser difícil para algunas parejas.

Incremento en la probabilidad de concepción

Escoger el momento adecuado para el coito es importante para aumentar la probabilidad de concebir. Ésta es mayor durante el periodo de seis días que termina con la ovulación. (Wilcox y colaboradores, 1995). Es difícil pronosticar el momento exacto de la ovulación, pero hay varios métodos que permiten una aproximación razonable. Las pruebas predictivas, que miden el aumento en la hormona luteinizante (LH) en la orina antes de la ovulación, identifican con certeza el mejor momento para concebir y están a la venta sin receta médica (Perris, 2000). Por otro lado, los métodos del moco, de la temperatura corporal y del calendario también pueden ser utilizados para estimar el momento de la ovulación, como vimos en el capítulo 10. ■

Algunos individuos y parejas tienen interés en aumentar la posibilidad de concebir un hijo de un sexo específico, como veremos en la sección Sexualidad y diversidad.



Salud sexual

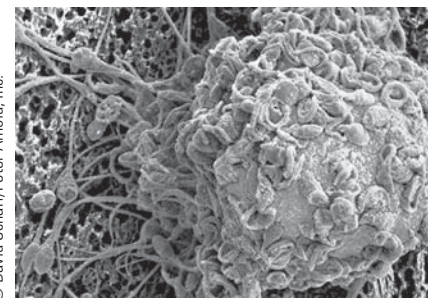
SEXUALIDAD Y DIVERSIDAD

Selección del sexo del bebé: tecnología y perspectivas culturales

El deseo de tener un hijo de un sexo determinado ha existido desde la antigüedad, cuando la selección del sexo se hacía después del hecho. Por ejemplo, en la antigua Roma se practicaba el infanticidio contra los bebés no deseados de sexo femenino (Faerman y colaboradores, 1997). Las supersticiones acerca de la determinación del sexo de un hijo durante el coito son parte de las tradiciones de Occidente: por ejemplo, la creencia de que si el hombre usa un sombrero será padre de un varón, o que si cuelga sus pantalones del lado izquierdo de la cama entonces procreará una niña.

En China, India y Corea del Sur la preferencia por los varones es muy fuerte, y el asesinato de niñas y el aborto selectivo de fetos femeninos son comunes (Chung, 2006; Coontz, 2005). En la India, una mujer puede hacerse un ultrasonido por 12 dólares para conocer el sexo del feto, y si resulta femenino, puede hacerse un aborto por unos 35 dólares (Power, 2006). La Fundación Bill y Melinda Gates patrocinaron un estudio en una zona rural de la India donde hay 628 chicas por cada 1 000 varones de menos de seis años de edad. Los factores económicos y culturales contribuyen a la importancia de los hijos varones, quienes cuidan a los padres cuando son ancianos y les ofrecen seguridad a falta del apoyo social del gobierno. En las tradiciones religiosas del hinduismo y del confucianismo en Asia, sólo los hijos varones pueden encender la hoguera funeraria de sus padres y rezar para liberar las almas de éstos cuando mueren. Los hijos varones traerán futuras ganancias para sus padres, pero las hijas son una carga económica para la familia, puesto que requieren una dote. El trabajo femenino también contribuirá con la familia que emparentará al casarse. La política de sólo un hijo en China ha reducido de manera drástica la tasa de natalidad, de 4.8 hijos por familia en 1970, a 1.8 en la actualidad, pero el deseo de los padres de tener un hijo varón también ha alterado la tasa natural de nacimientos de 100 niñas por 105 niños, a 100 niñas por 118 niños (Power, 2006; Robinson, 1999).

© David Scharf/Peter Arnold, Inc.



La primera etapa del embarazo: sólo uno de los espermatozoides que rodea el óvulo lo fertilizará.

Una técnica efectiva para escoger el sexo del bebé es la preimplantación del diagnóstico genético (PDG), que crea embriones en el laboratorio. Se analiza el sexo del bebé y después el médico inserta el embrión deseado en el útero de la mujer. Este procedimiento, que cuesta unos 20 000 dólares, ofrece casi 100% de certeza (Ulick, 2004). Resultados menos certeros ocurren con las técnicas de laboratorio (más usadas) que pueden separar los espermatozoides que llevan el cromosoma X de los que llevan el cromosoma Y. Una vez completo el proceso de separación, la fracción X o Y deseada se introduce en la vagina por inseminación artificial. La tasa de éxito es de cerca de 90% para las niñas y de 70% para los varones. Sin embargo, la naturaleza no romántica de la recolección de semen y la inseminación artificial probablemente limiten el uso de la selección del sexo a menos que los padres tengan fuertes motivos para concebir un hijo de un determinado sexo (Berkowitz, 2000). La preselección beneficia a las parejas que tienen el riesgo de transmitir a sus hijos alguna enfermedad ligada al cromosoma X.

Infertilidad

Sesenta por ciento de las parejas que se lo proponen logra el embarazo en tres meses, pero si los intentos son infructuosos después de seis meses, hay que consultar al médico. Se estima que cerca de 10% de las parejas estadounidenses que tratan de embarazarse tiene problemas de infertilidad, que se define como la no concepción después de por lo menos un año (Oliwenstein, 2005). Como cerca de 50% de los casos de infertilidad se debe a factores masculinos, es importante que ambos padres sean evaluados (Jegalian y Lahn, 2001b). Por lo general, pensamos que la infertilidad es sólo la incapacidad de concebir un hijo (el que sea), pero la infertilidad secundaria, o sea la falta de potencial para gestar un segundo hijo, ocurre en 10% de las parejas (Diamond y colaboradores, 1999).

La infertilidad es un problema complejo y estresante. Puede tener un efecto desmoralizador en la autoestima del individuo infértil y en el sentido de integridad de la pareja como unidad saludable (Scharf y Weinschel, 2000). Sus causas en ocasiones son difíciles de determinar y quedan sin ser identificadas hasta en 15% de los casos (Nilsson y colaboradores, 1994). Además, muchas parejas que buscan tratamiento para superarla no tienen éxito en sus esfuerzos, a pesar de diferentes intentos por lograrlo (Toner, 2002). Asimismo, los estudios han demostrado que muchas mujeres de todo el mundo de países desarrollados y en vías de desarrollo desconocen los factores básicos relacionados con su infertilidad, como reportó una encuesta de 17 500 mujeres de 10 países diferentes (The American Fertility Association, 2006).

Infertilidad y sexualidad

La mayoría de las personas crece con la idea de que puede concebir cuando decida empezar una familia. Experimentar infertilidad es un choque y una crisis inesperada (Wilkes, 2006). A medida que ésta se hace más evidente e innegable, la pareja puede experimentar la sensación de aislamiento durante las conversaciones sociales acerca del embarazo, el parto y la crianza de los hijos. Como declaró una mujer que no podía concebir:

Los descansos en el trabajo son los peores momentos. Todos sacan las fotos de sus hijos y hablan de sus problemas como padres. Cuando una de las mujeres se queja acerca del cuidado de su hijo, me gustaría decirle lo afortunada que es por tener ese tipo de problemas. (Archivo de los autores.)



Palabras para consultar
en InfoTrac

● Infertilidad

Los problemas de infertilidad pueden tener profundos efectos negativos en la relación de una pareja y en su funcionamiento sexual (Schmidt, 2006). La pareja acaba sintiéndose aislada de su compañero pensando que el otro no entiende en realidad, o juzgándose mal acerca de su masculinidad o de su femineidad. Puede sentirse furioso y culpable y preguntarse: “¿Por qué yo?” Por último, puede surgir un sentimiento de profunda pena por las experiencias de la vida que nunca tendrán, como el embarazo, el parto, y concebir y criar a sus propios hijos biológicos (Miller, 2003).

El coito puede evocar estas sensaciones desagradables y ser emocionalmente doloroso más que placentero, lleno de ansiedad y tristeza por dicha imposibilidad (Salonia y colaboradores, 2006). Los estudios han encontrado que la mayoría de las parejas infértiles experimenta insatisfacción o disfunción sexual en algún momento (Zoldbrod, 1993). Además, los procedimientos médicos usados en el diagnóstico y tratamiento de la fertilidad interrumpen la espontaneidad y la privacidad de la pareja. Las relaciones sexuales pueden volverse estresantes y mecánicas, lo que provoca ansiedad en el momento del acto, la cual interfiere con la excitación y la cercanía emocional (Pawson, 2003).

En contraste, 20% de los hombres y 25% de las mujeres reportan que la infertilidad les ayudó en su matrimonio. Las características determinantes fueron si los hombres comunicaban activamente sus sentimientos en lugar de evitar las conversaciones acerca de embarazos y encerrarse en su trabajo. Además de aumentar la cercanía en la relación, las parejas que conversaron con su compañero acerca de este problema también disminuyeron su estrés individual (Aaronson, 2006).

Infertilidad femenina

Una mujer puede tener problemas para quedar embarazada o ser incapaz de concebir por diferentes motivos. Los problemas con la ovulación representan cerca de 20% de la infertilidad (Urman y Yakin, 2006). El aumento de la edad reduce significativamente la fertilidad, que en la mujer se encuentra en su máximo punto entre los 20 y 24 años y desciende rápidamente después de los 30. Las tasas de fertilidad en mujeres de 35 a 39 años son hasta 46% más bajas, y entre las edades de 40 y 45 son 95% más bajas que en mujeres con su fertilidad al máximo (Speroff y Fritz, 2005).

Los desequilibrios hormonales, las deficiencias vitamínicas severas, los problemas metabólicos, la desnutrición, los factores genéticos, el estrés emocional y problemas médicos suelen contribuir a los problemas ovulatorios (Marx y Mehta, 2003). La ovulación, y por lo tanto el embarazo, también llega a ser inhibida por un porcentaje de grasa corporal por debajo de lo normal, como resultado de una dieta muy estricta o de ejercicio excesivo.

Estar entre 10 y 15% por debajo del peso normal es suficiente para inhibir la ovulación. Las que fuman son menos fértiles y tardan más tiempo en quedar embarazadas que las que no lo hacen. El abuso de alcohol y drogas reduce la fertilidad femenina, y las toxinas ambientales también pueden afectarla (Isaacs, 2006). Los problemas de ovulación en ocasiones son tratados con diferentes medicamentos que la estimulan. Aunque muchas veces tienen éxito y generalmente son seguros, estos medicamentos producen ciertas complicaciones, incluyendo el aumento en la probabilidad de un embarazo múltiple (Filicori, 2003).

Si las pruebas indican que la mujer está ovulando y que la calidad del semen de su pareja es satisfactoria, el siguiente paso es una prueba poscoital para ver si los espermatozoides permanecen viables y móviles en el moco cervical (Chretien, 2003). El moco cervical de la mujer puede contener anticuerpos que atacan a los espermato-



© Vince Buccini/Getty Images

Algunos especialistas en fertilidad piensan que las madres que son celebridades y que tienen hijos a edad avanzada, como Susan Sarandon, dan la falsa impresión de que la concepción es fácil a cualquier edad.

zoides de su pareja, o pueden formar un tapón que bloquea su paso (Ginsburg y colaboradores, 1997). La inseminación intrauterina, colocando el semen directamente en el interior del útero, puede ser útil en algunos casos.

Las infecciones y anomalías de cérvix, vagina, útero, trompas de Falopio u ovarios pueden destruir a los espermatozoides o evitar que alcancen el óvulo (Rebar, 2004). El tejido cicatrizante producido por viejas infecciones en las trompas de Falopio o en los ovarios, o a su alrededor, llega a bloquear el paso de los espermatozoides y del óvulo. Las infecciones de transmisión sexual son una causa común de estos casos. Los problemas de trompa en ocasiones se resuelven quirúrgicamente removiendo el tejido cicatrizante que se encuentra alrededor de las trompas de Falopio y de los ovarios.

Infertilidad masculina

Las principales causas de infertilidad masculina están relacionadas con anomalías en el conteo de espermatozoides y/o en la motilidad (la fuerza con que éstos se impulsan). Otra de las causas relevantes es el daño o engrosamiento de una vena del testículo o del conducto deferente, llamado **varicocele** (Ehrenfeld, 2002). El varicocele provoca que la sangre se acumule en el escroto, lo que eleva la temperatura del área e impide la producción de espermatozoides (Stephenson, 2003b). Las infecciones del tracto reproductivo del hombre pueden alterar la producción, la viabilidad y el transporte de espermatozoides (Villanueva-Díaz y colaboradores, 1999). Por ejemplo, las paperas, cuando ocurren en la edad adulta, llegan a afectar los testículos disminuyendo la producción de espermatozoides; y la infección del conducto deferente puede bloquear su paso. Las infecciones de transmisión sexual son otra causa importante de infertilidad. El tabaquismo, el alcohol, el uso y el abuso de drogas reducen la fertilidad de igual manera (Kunzle y colaboradores, 2003; Sandlow, 2000). A su vez, el consumo de cocaína disminuye la espermatogénesis, y la marihuana impide la motilidad de los espermatozoides (Leibowitz y Hoffman, 2000). Las toxinas ambientales, como algunas sustancias químicas, los contaminantes y las radiaciones también producen bajos conteos de espermatozoides y células espermáticas anormales (Duty y colaboradores, 2003; Hampton, 2005). Los espermatozoides absorben y metabolizan las toxinas ambientales más fácilmente que otras células del cuerpo, lo que también puede dar como resultado defectos en el nacimiento (Tanenbaum, 1997).

Cuando el conteo espermático es bajo, para aumentar la concentración de espermatozoides la frecuencia óptima de eyaculación durante el coito es generalmente un día sí y otro no, comenzando seis días antes de la ovulación y durante la semana en la cual la mujer está ovulando (Speroff y colaboradores, 1989). Un hombre con bajo conteo espermático también deberá evitar los baños calientes, usar ropa y calzones ajustados, y montar bicicleta por largas distancias, ya que éstos y otros ambientes similares someten a los testículos a temperaturas por encima de lo normal. ■

En caso de mala calidad o pobre cantidad de semen, la **inyección espermática intracitoplasmática (ICSI)**, por sus siglas en inglés) puede producir embarazos. La ICSI consiste en inyectar cada óvulo cosechado con un solo espermatozoide, y es uno de los avances de la tecnología reproductiva que estudiaremos en la siguiente sección.

Opciones reproductivas

Se han desarrollado varias opciones para ayudar a las parejas a vencer el problema de la infertilidad. La **inseminación artificial** es una alternativa que debe considerarse en algunas instancias. En este procedimiento, el semen es introducido de manera mecánica en la vagina o en el cérvix o, en algunos casos, directamente en el útero, en un procedimiento conocido como *inseminación intrauterina*. Si el hombre no está produciendo adecuadamente espermatozoides viables o si la mujer no tiene un com-

Varicocele Una vena dañada o inflamada en los testículos o en el conducto deferente.

! Salud sexual

Inyección espermática intracitoplasmática (ICSI)
Procedimiento en el cual un solo espermatozoide es inyectado en un óvulo.

Inseminación artificial
Procedimiento médico en el cual el semen es depositado en la vagina, el cérvix o el útero de la mujer.

pañero varón, la inseminación artificial con un donador de espermatozoides es otra opción. Cada año, alrededor de 70 000 bebés nacen en Estados Unidos de embarazos producidos con espermatozoides de un donante, principalmente de solteras o lesbianas (Noonan y Springen, 2001).

Una **madre sustituta** es una mujer que permite ser inseminada de forma artificial por el hombre de una pareja sin hijos o de una pareja gay, o que se somete a una fertilización *in vitro* usando óvulos y espermatozoides de una pareja. Ella lleva el embarazo a término, da a luz al bebé y lo entrega a la pareja para su adopción. Este proceso se lleva a cabo de manera anónima a través de un abogado, o en privado a través de un arreglo entre la mujer y la pareja. En los pocos estados que permiten un pago a la madre sustituta, generalmente reciben una suma de entre 20 000 y 30 000 dólares. En los últimos 30 años las madres sustitutas en Estados Unidos han dado a luz a unos 25 000 niños (Glaser, 2006). También son contratadas en la India, lo que genera ingresos por unos 400 millones de dólares anuales. Los individuos y las parejas sin hijos buscan a las madres sustitutas en la India debido a la falta de leyes regulatorias y al bajo costo de las tarifas y de gastos médicos (Ghura, 2006).

A los avances en técnica reproductiva se les conoce como **tecnología reproductiva asistida (ART)**, por sus siglas en inglés). El primer bebé probeta nació en Inglaterra en 1978, y en la actualidad en Estados Unidos unas 48 000 mujeres al año dan a luz a bebés que empezaron su vida en el laboratorio (King, 2006). En una **fertilización *in vitro* (IVF)**, por sus siglas en inglés), los ovarios son estimulados por hormonas de fertilidad para producir múltiples huevos. Los huevos maduros se sacan del ovario de la mujer y son fertilizados en un plato de laboratorio por los espermatozoides de su compañero. Después de dos o tres días varios huevos fertilizados con dos a ocho células son introducidos en el útero de la mujer. Los embriones restantes generalmente se congelan para repetir el procedimiento más adelante, en caso de que la primera implantación no se lleve a cabo (Fosas y colaboradores, 2003). Si el procedimiento tiene éxito, por lo menos un huevo se implantará y se desarrollará. La tasa de éxito de nacimientos vivos a través de IVF ha aumentado a casi 30% después de 30 años de desarrollo médico. Los nacimientos vivos son más probables cuando la mujer tiene menos de 30 años, y menos probables cuando se usan huevos o embriones congelados (Kelley, 2005; King, 2006; Speroff y Fritz, 2005).

Una variación de la IVF consiste en transferir los huevos fertilizados a una trompa de Falopio y no al útero, procedimiento que se conoce como **transferencia intrafalopiana de cigotos (ZIFT)**, por sus siglas en inglés). En una **transferencia intratubárica de gametos (GIFT)**, por sus siglas en inglés), los espermatozoides y los óvulos son colocados directamente en la trompa de Falopio, donde por lo general ocurre la fertilización.

En la IVF pueden usarse óvulos donados cuando la mujer no tiene ovarios, no produce sus propios óvulos o padece una enfermedad genética hereditaria. La cesión de óvulos es análoga a la inseminación artificial por donador. Las donadoras casi siempre son de entre 20 y 29 años, hermanas o amigas de la mujer infértil, u otra mujer que se va a someter a IVF y cede sus óvulos a quien también desea someterse al mismo procedimiento. En el caso de que ambos miembros de la pareja sean infértiles, la IVF se lleva a cabo tanto con espermatozoides como con óvulos donados (Kingsberg y colaboradores, 2000).

Las pruebas de diagnóstico genético preimplantación se encuentran disponibles y podrán ser implementadas pronto (Geary y Moon, 2006). La alteración genética podría ofrecer a los padres con algún defecto conocido (predisposición a desarrollar Alzheimer, cáncer de mama, fibrosis quística y otras enfermedades)



© Phillips Mitchell

Los convivientes Michael Meehan y Thomas Dysarz sostienen a los cuatrillizos de un año que nacieron en 2002 de una madre sustituta, concebidos por fertilización *in vitro* usando los espermatozoides de Michael. Los bebés, ahora activos y saludables, pesaron poco más de 1 kg al momento de nacer y pasaron su primer mes de vida en terapia intensiva (DeLaMar, 2003).

Madre sustituta Una mujer que es inseminada artificialmente por el hombre de una pareja sin hijos, lleva el embarazo, da a luz al bebé y lo entrega en adopción a la pareja.

Tecnología reproductiva asistida (ART) Técnicas de concepción extrauterina.

Fertilización *in vitro* (IVF) Procedimiento en el cual los óvulos son extraídos de un ovario y fertilizados en un plato de laboratorio.

Transferencia intrafalopiana de cigotos (ZIFT)

Procedimiento en el que un óvulo es fertilizado en el laboratorio y luego colocado en una trompa de Falopio.

Transferencia intratubárica de gameto (GIFT)

Procedimiento en el cual el espermatozoide y el óvulo son colocados directamente en la trompa de Falopio.

la capacidad de modificar sus óvulos y sus espermatozoides para eliminar el material genético causante de la enfermedad antes de la fertilización *in vitro* y la implantación (Begley, 2001). Nueve meses después nacería el bebé de la pareja sin el legado del problema genético de la familia. Muchos bioeticistas apoyan este desarrollo, que puede proteger a los niños de problemas discapacitantes o que pongan en riesgo su vida. Otros se oponen a esta tecnología porque podría ser utilizada con frivolidad para diseñar a bebés genéticamente (Begley, 1998).



Palabras para consultar en InfoTrac

- Tecnologías de reproducción asistida



Pensamiento crítico

¿Cree usted que los niños concebidos por espermatozoides y óvulos de donantes deben saberlo? ¿Por qué?

Costos económicos y sanitarios de las técnicas de reproducción asistida

Las técnicas de reproducción asistida son costosas. Un procedimiento de *ivf* cuesta entre 12 000 y 14 000 dólares, y a menudo es necesario más de un intento. La donación de óvulos y espermatozoides y cualquier otro procedimiento aumentan el costo (King, 2006).

Durante la *ivf* se implantan múltiples embriones para aumentar las probabilidades de concepción, y cerca de 30% de los embarazos termina en partos múltiples (Gorman, 2002). Éstos en general exceden los gemelos o los trillizos, y en los noticiarios periódicamente se anuncian nacimientos de más de cinco bebés. Un embarazo múltiple aumenta el peligro para el producto, con gran incidencia de muerte prenatal y posnatal, nacimiento prematuro, bajo peso al nacer y defectos de nacimiento (Cheung, 2006). En algunos casos, uno o más fetos son eliminados durante la gestación para aumentar la probabilidad de que por lo menos uno o dos sobrevivan. Para las madres, los riesgos de parto por cesárea, hipertensión y otras complicaciones, incluyendo la muerte, aumentan con el parto múltiple (Dickey, 2003; MacKay y colaboradores, 2006). Como declaró un médico: “El útero humano no fue hecho para cargar una camada” (Heyl, 1997, p. 66). En el recuadro De actualidad, veremos otros dilemas que se presentan en los casos de tecnologías reproductivas asistidas.

Detección del embarazo

Los signos iniciales del embarazo provocan desde alegría hasta terror, dependiendo del deseo de la mujer de estar preñada, de los sentimientos de su compañero y de diferentes circunstancias que la rodean. Aunque algunas mujeres tienen ligeras hemorragias o manchado (un sangrado irregular) después de la concepción, generalmente la primera indicación de embarazo es la ausencia del periodo menstrual en el momento esperado. La sensibilidad de las mamas, náuseas, vómitos y otros síntomas no específicos (como cansancio extremo o cambios en el apetito) también pueden acompañar el embarazo en las primeras semanas o meses.

Cualquiera de estas pistas hace que la mujer sospeche que está encinta. Las técnicas médicas como las pruebas de sangre y de orina y los exámenes pélvicos pueden hacer el diagnóstico con certeza. La sangre y por tanto la orina de una mujer embarazada contienen la hormona **gonadotropina coriónica humana** (HCG, por sus siglas en inglés), la cual es secretada por la placenta. Se han desarrollado pruebas sanguíneas sensibles para la detección de la HCG, las cuales anuncian el embarazo tan sólo siete días después de la concepción (G. Stewart, 1998). Las pruebas comerciales de sangre o saliva pueden confirmarlo poco después de la ausencia de menstruación (Carmichael, 2002). Como las pruebas caseras para la detección del embarazo arrojan resultados falso-negativos o falso-positivos, un médico debe confirmarlo.

Gonadotropina coriónica humana (HCG)
Hormona detectable en la orina de una mujer embarazada en el primer mes después de la concepción.

➊ Aborto espontáneo y voluntario

No todos los embarazos concluyen en parto. Muchos terminan en aborto, ya sea espontáneo o voluntario.

Aborto espontáneo

Incluso cuando el embarazo haya sido confirmado, las complicaciones pueden evitar el desarrollo a término del feto. Un **aborto espontáneo** es la pérdida del feto que ocurre dentro de las primeras 20 semanas de gestación (Stephenson, 2006). Por lo menos uno de cada siete embarazos termina en aborto espontáneo (Springen, 2005). La mayoría ocurre durante el primer trimestre del embarazo (las primeras 13 semanas); muchos ocurren antes de que la mujer sepa que estaba preñada. La ➔ **tabla 11.1** lista las causas más comunes de aborto espontáneo, pero en muchos casos los médicos no pueden establecer la razón específica (Thompson, 2003a).

Los abortos espontáneos tempranos pueden aparecer como un flujo menstrual más abundante de lo normal; los tardíos se presentan con cólicos muy molestos y sangrado muy abundante. Afortunadamente para las mujeres que desean un hijo, un aborto espontáneo no significa que el siguiente embarazo no vaya a ser exitoso.

Sin embargo, puede ser una pérdida muy significativa para la mujer o la pareja. Si los padres expectantes deseaban mucho el embarazo, habían estado tratando de concebir por largo tiempo o tuvieron un aborto espontáneo previo, el efecto emocional suele ser muy doloroso. Las parejas necesitan llorar la pérdida del bebé esperado por varios meses antes de buscar otro embarazo (Salisbury, 1991). Para algunos padres que pierden algún bebé antes de nacer es muy significativo ponerle nombre o hacerle un servicio funerario (Beck y colaboradores, 1988).

Aborto espontáneo

Expulsión natural del feto al inicio del embarazo, antes de que pueda sobrevivir por sí solo.

➔ **TABLA 11.1**

Posibles causas del aborto espontáneo

Edad materna superior a los 35 años
Más de cinco copas de alcohol a la semana
Más de 375 mg de cafeína al día (2-3 tazas de café)
Rechazo de un feto anormal
Uso de cocaína
Cérvix dañado
Inflamación renal crónica
Útero anormal
Infección
Tiroides hipoactiva
Reacción autoinmune
Diabetes
Choque emocional
Aspirina y antiinflamatorios no esteroides al inicio del embarazo

Fuentes: D. Li *et al.* (2003), Rasch (2003) y Speroff y Fritz (2005).

Aborto voluntario

En contraste con el aborto espontáneo, un **aborto voluntario** requiere la decisión de interrumpir el embarazo a través de un procedimiento médico. Cada año, 3 millones de mujeres en Estados Unidos resultan preñadas sin haberlo planeado. Debido a la erosión de los fondos gubernamentales destinados a servicios anticonceptivos desde 1994, las mujeres de bajos ingresos tienen más probabilidades ahora de tener un embarazo no planeado que aquellas con altos ingresos (Wind, 2006). Muchos de éstos, no obstante, se convierten en deseados y bienvenidos; 21% de las mujeres y 25% de los hombres consideraban que los embarazos en los últimos cinco años habían llegado en “mal momento” (National Survey of Family Growth, 2006). Sin embargo, otras concepciones no deseadas resultaron en 1.3 millones de abortos anualmente en Estados Unidos, y se estima que 43% de las mujeres de ese país habrá tenido un aborto a los 45 años (Kaiser Family Foundation, 2002; Kristof, 2006).

El 53% de las mujeres que han decidido abortar tiene 25 años o menos; 20% es menor de 19, y 33% tiene entre 20 y 25. A las jóvenes blancas y solteras corresponde la mayoría. Las casadas representan aproximadamente 20% de los abortos en un año dado. Cerca de 61% ha dado a luz previamente, y las que tienen cuatro o más hijos es más probable que aborten que aquellas con menos hijos. Entre quienes

Aborto voluntario

Procedimiento médico para interrumpir el embarazo.

Dilemas legales, éticos y personales de las tecnologías de reproducción asistida

Las tecnologías de reproducción asistida han presentado a nuestra sociedad dilemas legales y éticos sin precedente (Haynes y Miller, 2003). Por lo general, se producen embriones adicionales con el proceso de reproducción asistida, y algunas parejas, generosamente, los dan en adopción para que sean implantados en otra mujer (Stolberg, 2001). Otras situaciones también provocan controversia, como cuando una pareja que se divorcia no se pone de acuerdo en qué hacer con los embriones que congelaron antes de que terminara el matrimonio. Para el año 2000, más de 20 000 embriones congelados estaban en disputa (Silvertsen, 2000).

La tecnología reproductiva ha hecho posible que las mujeres logren quedar embarazadas más allá de la menopausia, sobrelleven el embarazo y tengan a su bebé. A la fecha, la mujer más vieja en tener un bebé a través de la ART tenía casi 67 años de edad (Milbourne, 2006). Los óvulos de la mujer posmenopáusica no son viables, así que los de una mujer joven son fertilizados *in vitro*, por lo general con los espermatozoides del marido de la mujer mayor. Con ayuda hormonal, el útero de la mujer puede conservar el embarazo.

Las reacciones científicas y populares ante el hecho de hombres viejos que tienen hijos son bastante diferentes a las actitudes hacia las mujeres viejas que lo hacen. Son pocas las críticas hacia los varones que se convierten en padres a los 60, 70 y hasta a los 80 años. Sin embargo, aunque la esperanza de vida en el mundo occidental generalmente permite que las mujeres convertidas en madres a los 50 o 60 años puedan criar a su hijo hasta que éste se convierta en adulto, las actitudes hacia ellas suelen ser negativas. Los médicos que brindan asistencia reproductiva a las posmenopáusicas son acusados de actuar con irresponsabilidad, de interferir contra la naturaleza y de jugar a ser Dios (Ethics Committee, American Society



© National Enquirer

Después de tratar de ser padres durante 16 años, esta pareja tuvo una hija saludable, llamada Cynthia, en 1996, a través de la tecnología de reproducción asistida. Al mismo tiempo, el nacimiento de Cynthia hizo de su madre, a los 63 años, una de las mujeres más viejas en dar a luz.

for Reproductive Medicine, 1997). Por otro lado, otros creen que no es ético negar la concepción a las mujeres tan sólo por su edad (Paulson, 2000).

Hace 50 años las técnicas de reproducción asistida eran parte de las historias de ciencia ficción en lugar de los aproximadamente 340 centros de reproducción asistida que existen en Estados Unidos (Andrews y Elster, 2000). La imaginación científica y los avances tecnológicos seguirán aumentando las opciones para las tecnologías reproductivas al igual que los dilemas legales, éticos y personales que invariablemente las acompañan (Gibbs, 2001).

se lo practicaron, 43% se identifica como protestante, y 27% como católica (Bonstra, 2006).

Cómo deciden las mujeres

Después de que una mujer confirma que está embarazada (asumiendo que no estaba tratando de concebir), decide si quiere continuar con la gestación, y quedarse con el bebé, darlo en adopción o hacerse practicar un aborto. Este es el último recurso de aquellas que se enfrentan a embarazos que no deseaban (Wind, 2006). Los estudios indican que las mujeres se basan en cuestiones prácticas y emocionales para tomar la decisión acerca de su dilema.

La preocupación y la responsabilidad por otros es una razón frecuente para escoger la interrupción del proceso. Las mujeres más jóvenes a menudo dicen que no están preparadas para la maternidad, y las mayores citan las dificultades que enfrentan en el momento para cumplir con las responsabilidades de los hijos que ya tienen co-

mo la principal razón para solicitar un aborto. En Estados Unidos, dos tercios de las que se lo han hecho practican aseguran que la razón principal es que no pueden con los gastos de un hijo, y 60% ocurre entre aquellas con un ingreso anual por debajo de los 28 000 dólares para una familia de tres (Boonstra y colaboradores, 2006; Finer y colaboradores, 2005).

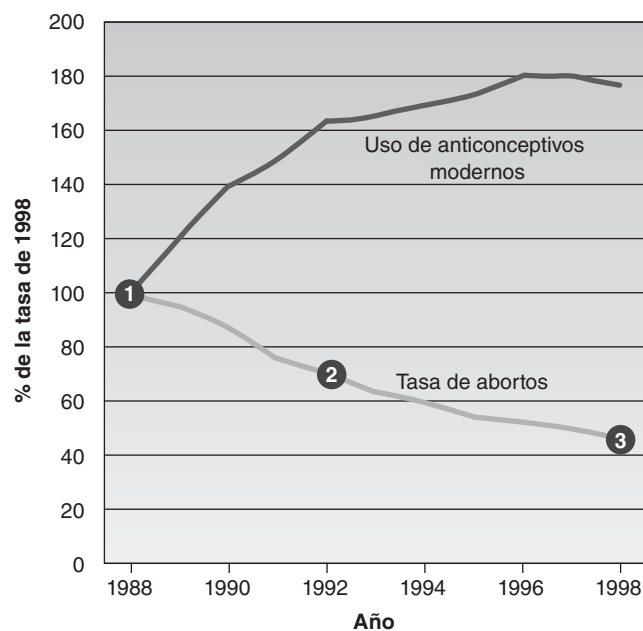
Estados Unidos tiene una de las tasas de aborto más altas del mundo desarrollado. Otros países desarrollados que ayudan a las madres con licencia de maternidad, servicios de salud, educación y entrenamiento, salario mínimo adecuado y otros servicios sociales tienen menores tasas de aborto. Alemania, Países Bajos y Bélgica registran índices 66% inferiores; los de Francia son 50% más bajos. Todos los países con tasas de aborto más reducidas también brindan educación sexual en las escuelas y fácil acceso a control natal barato o gratuito y a la anticoncepción de emergencia (a lo que las políticas gubernamentales de la extrema derecha fundamentalista y la administración de George W. Bush se opusieron en su momento en Estados Unidos) (Kristof, 2006).

Anualmente en Estados Unidos 21 de cada 10 000 mujeres en edad fértil se practican un aborto. En contraste, los Países Bajos tienen una tasa de 8 de 10 000 mujeres porque le dan un alto valor al uso de anticonceptivos y brindan educación sexual, fácil acceso a la anticoncepción y amplitud en los servicios sociales y de salud a madres e hijos (Boonstra y colaboradores, 2006; Carter, 2005).

Las tasas más altas se presentan en los países donde el aborto está prohibido y que además no brindan servicios sociales, educación sexual ni acceso a los anticonceptivos que ofrecen los Países Bajos y otros gobiernos de igual parecer. En los Países Bajos, anualmente 8 de cada 10 000 mujeres en edad fértil tienen abortos, en contraste con 56 de cada 10 000 en Perú (Boonstra y colaboradores, 2006). Cada año, como hemos señalado el número de mujeres en Estados Unidos que abortan es de 21 de cada 10 000, lo que refleja con claridad su posición entre países con políticas sociales progresistas y países con políticas conservadoras.

Tan sólo brindar acceso a la anticoncepción efectiva podría tener un efecto dramático en la tasa de abortos de un país. La Unión Soviética legalizó el procedimiento en 1955 debido a la cantidad de muertes y de problemas de salud que eran resultado de los abortos ilegales, que históricamente estuvieron entre las tasas más altas del mundo. Los hombres y las mujeres soviéticas sólo tenían acceso a condones y diafragmas de baja calidad; en consecuencia, usaban el aborto como importante medio de control natal.

Era común para una mujer que quería limitar la cantidad de hijos en su familia, tener 10 o más abortos durante su vida. En 1990 la tasa anual en la Unión Soviética era de más de 100 por cada 10 000 mujeres. Esta situación empezó a cambiar a finales de la década de 1980, cuando se abrió el comercio con el mundo occidental y los anticonceptivos modernos llegaron a ese país. En 1992, el gobierno ruso, viendo el descenso inicial en el número de abortos cuando la gente tenía acceso a los métodos anticonceptivos modernos, empezó a subsidiar los servicios de planificación familiar y a distribuir anticonceptivos de forma gratuita. En consecuencia, más gente usó un control natal efectivo y la tasa de abortos bajó 53% entre 1988 y 1998, como se muestra en la **figura 11.1** (Boonstra y colaboradores, 2006; Westoff, 2006). ■



Fuente: Boonstra et al., 2006.

Figura 11.1 Descenso en la tasa de abortos en la Unión Soviética/ Rusia con el aumento en el acceso a la anticoncepción:

1. Se abre el intercambio comercial con Occidente.
2. El gobierno subsidia las clínicas de planificación familiar y los anticonceptivos.
3. Se logra un descenso de 53% en la tasa de abortos en una década.



Responsabilidad compartida

En el caso de decidir abortar, una pareja puede compartir de diferentes maneras la responsabilidad de la decisión. Primero, el hombre puede ayudar a su compañera a aclarar sus sentimientos y expresar su propia opinión con respecto al embarazo y cuál es la mejor forma de manejar la situación. Los temas de importancia que deben discutirse son la situación de la persona en ese momento, sus sentimientos acerca del embarazo y hacia su compañero, los pros y los contras de las opciones y sus planes futuros como individuos y como pareja. Si el hombre y la mujer no están de acuerdo en lo que van a hacer, la decisión final debería tomarla la mujer. En Estados Unidos, por ejemplo, los hombres no tienen el derecho legal de exigir o negarle el aborto a la mujer. ■

Reacciones psicológicas hacia el aborto

La elección del aborto casi siempre es una decisión difícil para una mujer y su compañero. Significa evaluar y examinar a fondo los valores personales y las circunstancias. Cuando se toma, la decisión por lo general está llena de ambivalencias. Incluso cuando el embarazo no es deseado, uno o ambos compañeros pueden sentirse perdidos y tristes. También suelen sentir arrepentimiento, depresión, ansiedad, culpa o ira por interrumpir la gestación o por la razón que hubo para abortar.

Muchos factores afectan la respuesta emocional de cada pareja ante el aborto. El momento en que se lleve a cabo es importante; los que se practican muy al inicio del embarazo son médica y emocionalmente menos estresantes. Las reacciones de los amigos cercanos y de la familia, la actitud del equipo de salud y del médico que lo ejecuta, las perspectivas personales de los compañeros con respecto a la interrupción voluntaria del embarazo, la presión de otros acerca de la decisión, así como la naturaleza y la fuerza de la relación amorosa pueden contribuir a la respuesta ya sea negativa o positiva de la pareja. Las mujeres que deciden abortar experimentan ansiedad o depresión y alivio. Estudios diseñados para medir las reacciones psicológicas que siguen a un aborto reportan de forma consistente un bajo riesgo de problemas (Adler y colaboradores, 2003); muchas mujeres tienen una mejoría importante en su calidad de vida después de practicárselo (Westhoff y colaboradores, 2003).

Riesgo de embarazo y aborto

En muchos casos un embarazo no deseado se debe a una falla de los anticonceptivos. Un estudio encontró que más de la mitad de las mujeres que tuvieron un aborto los estaban usando cuando quedaron preñadas (Hutti, 2003). Para otras mujeres o parejas en busca de un aborto, el embarazo puede imputarse al riesgo del anticonceptivo, es decir, a no haberlo usado de forma consistente o confiable, a veces por no ser tan fácil de utilizar, por efectos secundarios del método o por creer que había un bajo riesgo de embarazo (Jones y colaboradores, 2002a). Estar bajo la influencia del alcohol o drogas reduce el juicio e incrementa de forma importante el riesgo si se usan anticonceptivos, a menos que la mujer esté usando métodos como la píldora o el DIU.

Las mujeres jóvenes que sienten un alto grado de culpa por el sexo tienen menos probabilidades de usar anticonceptivos de manera eficaz en comparación con aquellas que no se sienten así (Strassberg y Mahoney, 1988). El uso proactivo de anticonceptivos manifiesta la intención de la mujer de tener sexo y puede no desear que su compañero piense que ella es de “ese tipo de mujer”. Las mujeres de todas las edades pueden no ser asertivas con respecto a la anticoncepción porque temen alejar al compañero si le piden su cooperación para planear y usar un método de control natal. Para algunas con baja autoestima, la posibilidad de perder una relación es más preocupante que



Pensamiento crítico

¿Por qué el abuso infantil aumentaría las probabilidades de tener embarazos no planeados?

la de quedar preñadas. Desafortunadamente, tales mujeres tienden más a tener sexo con hombres que se niegan a tomar precauciones o que huyen de la responsabilidad si ocurre un embarazo (Malloy y Patterson, 1992).

Además, las que han sufrido abuso psicológico, físico o sexual durante la infancia tienden más a tener un embarazo no planeado. Lo mismo ocurre con aquellas cuyas madres sufrieron abuso físico frecuente de sus padres. Al parecer, estos traumas de infancia reducen la capacidad de la mujer para dar los pasos necesarios con el fin de prevenir efectivamente un primer embarazo no deseado (Dietz, 1999).

Procedimientos de aborto

Se usan diferentes procedimientos de aborto según las diversas etapas del embarazo. El 90% de los abortos en Estados Unidos se realiza dentro de las primeras 12 semanas de preñez (Wind, 2006). El aborto temprano es muy seguro. El riesgo de morir por uno de tipo quirúrgico es de 0.1 por cada 10 000 mujeres, mientras que el riesgo de muerte por embarazo es de 11.8 por 100 000 (Zielinski, 2006). La **figura 11.2** muestra las etapas de gestación durante las cuales ocurren los abortos. Los procedimientos más comunes son: *aborto médico*, *curetaje por succión*, *dilatación y evacuación* (D y E) e *inducción con prostaglandina*.

El **aborto médico** utiliza medicamentos, en lugar de cirugía, para interrumpir el embarazo. Es posible dentro de los primeros siete días de haber faltado el periodo hasta las siete semanas de preñez. El medicamento mifepristona, conocido como RU 486, se puso a disposición de las mujeres estadounidenses en el año 2000, 20 años después que en Europa, debido a los años de acción política antiaborto en contra de la fabricación y distribución de fármacos abortivos (Jones y Henshaw, 2002). Un aborto médico es 99% efectivo en la interrupción del embarazo de menos de siete semanas y 91% efectivo en la octava semana (Speroff y Fritz, 2005). Es más seguro que los procedimientos quirúrgicos para embarazos avanzados (Benson y colaboradores, 2003). Además, no es necesario acudir a instalaciones especializadas (Vason, 2003).

Aborto médico Consiste en el uso de medicamentos para interrumpir un embarazo de siete semanas o menos.

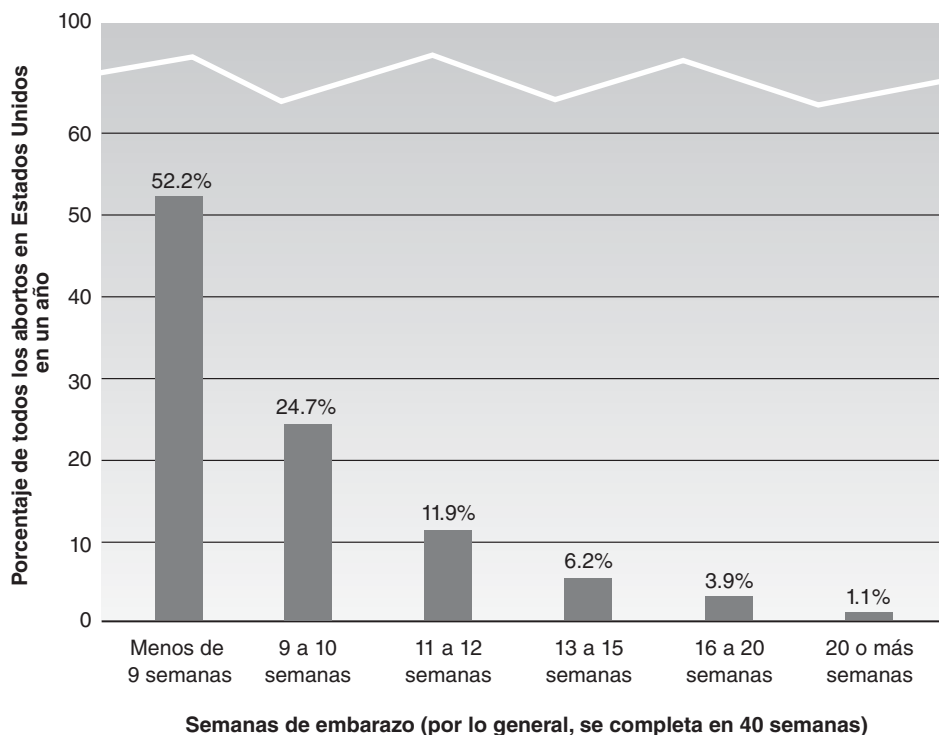


Figura 11.2 El 88% de los abortos se lleva a cabo antes de las 12 semanas (Sontag, 1997, p. A8).

El aborto médico funciona bloqueando la hormona progesterona, y provoca que se suavice el cérvix, se rompa la cubierta del útero y comience el sangrado. Unos días después la mujer debe tomar un segundo medicamento para contraer el útero y expulsar el saco embrionario, que es del tamaño de una uva (Jain y colaboradores, 2002). La **figura 11.3** muestra cómo funciona el aborto médico. Los posibles efectos secundarios son: cólicos, dolor de cabeza, náuseas y vómito, pero en ocasiones no los hay (Hausknecht, 2003).

Curetaje por succión

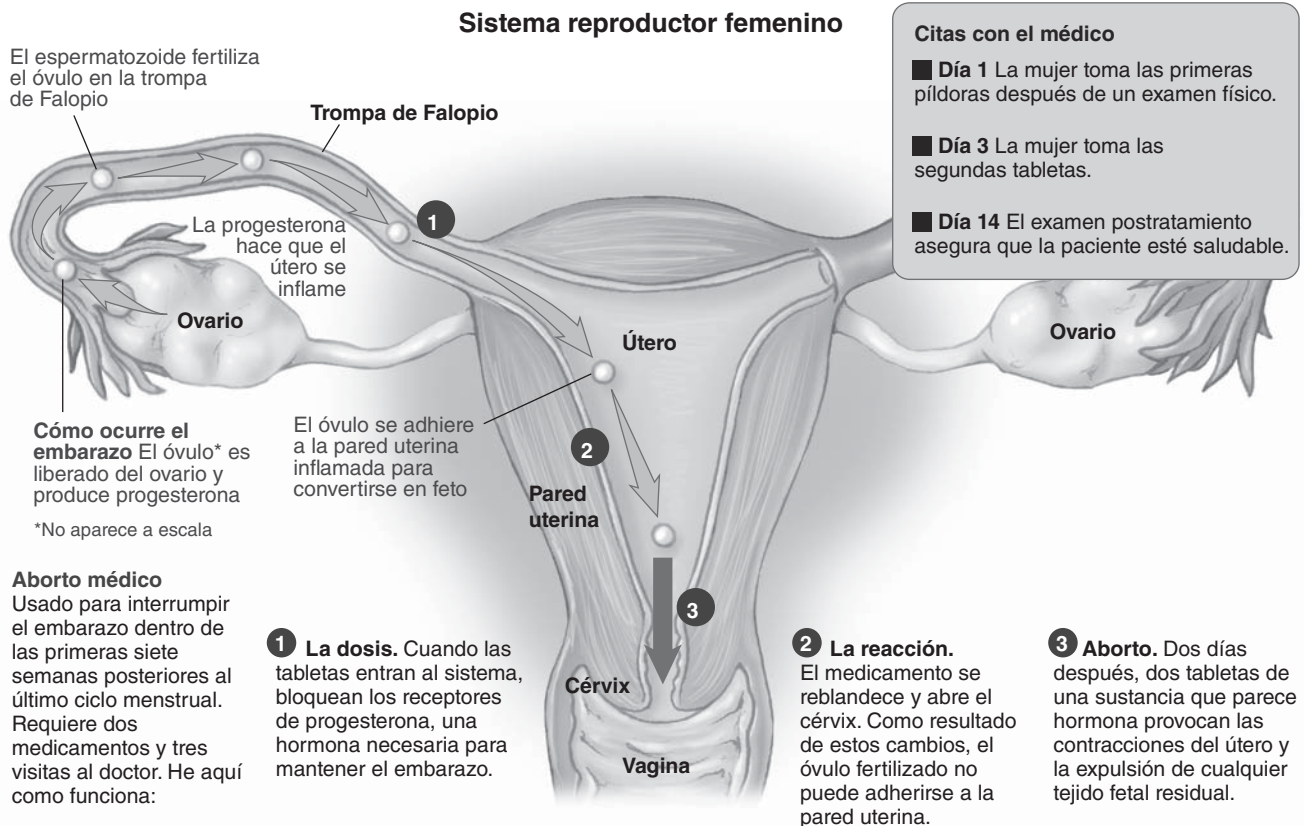
Procedimiento en el cual la abertura cervical es expandida con dilatadores de metal graduados o laminaria; luego se inserta un pequeño tubo de plástico unido a una aspiradora para extraer el tejido fetal, la placenta y la cubierta uterina.

El **curetaje por succión** es una técnica quirúrgica que se utiliza entre las siete y 13 semanas después del último periodo menstrual. Un curetaje por succión debe ser realizado por un médico en una clínica u hospital, y tarda unos 10 minutos. Durante el aborto se utiliza anestesia local y un pequeño tubo de plástico se inserta a través de la abertura cervical al interior del útero. El tubo está unido a un aspirador de vacío que succiona la placenta, la cubierta uterina y los tejidos del feto. Las complicaciones, raras, pueden ser: infección o perforación uterina, hemorragia o extracción incompleta del contenido uterino (Speroff y Fritz, 2005). Las investigaciones indican que un aborto durante el primer trimestre tiene poco efecto sobre la fertilidad o los embarazos subsecuentes, pero también señalan que tener dos o más puede aumentar la incidencia de abortos espontáneos o de embarazos ectópicos en los embarazos subsecuentes (Tharaux-Deneux y colaboradores, 1998).

Dilatación y evacuación

Procedimiento abortivo en el que se usa una cureta y un equipo de succión.

Si la gestación llega a las 12 semanas, el curetaje por succión ya no es seguro, porque las paredes uterinas se hacen más delgadas y hay más probabilidades de perforación y sangrado. Para su interrupción entre las semanas 13 y 21, la **dilatación y evacuación (D y E)** es la técnica más segura y más utilizada. Interviene una combinación de equipo de succión, fórceps especiales y una cureta (un instrumento de metal para raspar las paredes del útero). Generalmente se necesita anestesia general y el procedimiento es riesgoso. La tasa aproximada de las mujeres que mueren por un aborto es de 8.9 de 100 000 después de 20 semanas de embarazo (menor que la de



➔ **Figura 11.3** Cómo funcionan los abortos médicos.

11.8 de 100 000 que mueren a consecuencia de un embarazo a término) (Boonstra y colaboradores, Zielinski, 2006).

Los embarazos en el segundo trimestre de gestación también pueden ser interrumpidos con compuestos como las **prostaglandinas**, hormonas que causan contracciones uterinas. La prostaglandina es introducida a la vagina en forma de supositorio o en la bolsa amniótica insertando una aguja a través de la pared abdominal; el feto y la placenta en general son expulsados en 24 horas. Entre las complicaciones de los procedimientos que inducen contracciones de parto están: náuseas, vómito y diarrea, laceración del cérvix, sangrado excesivo y la posibilidad de choque y muerte.

El **aborto de último término o dilatación y evacuación intacta** se realiza después de 20 semanas y antes de la viabilidad a las 24 semanas de gestación. Está reservado para situaciones en las que existen graves riesgos para la salud de la madre o anomalías fetales severas. En este procedimiento, el cérvix es dilatado, el feto sale del útero con los pies por delante y el cráneo es colapsado para permitir el paso de la cabeza a través del cérvix y la vagina. Aunque los abortos de último término son raros en Estados Unidos y representan menos de 1%, siguen siendo el foco de una controversia política intensa (Rosenberg, 2003a). Los oponentes llaman a este procedimiento *aborto de parto parcial*, y los medios han adoptado este término en lugar del de dilatación y extracción, a pesar de su significado impreciso que refleja una ausencia de conocimiento médico (Pollitt, 2006). En 2003, el Congreso aprobó una prohibición de aborto de último término, y el entonces presidente George W. Bush firmó el acta. Sin embargo, varias cortes federales la declararon inconstitucional, de modo que no fue validada (Miller, 2006). En 2006, la Corte Suprema accedió a escuchar la apelación de la administración Bush a la decisión previa de las cortes federales en contra de la prohibición. Esto dio esperanza a los grupos de extrema derecha antiaborto de que esa instancia decidiera en contra de la postura de las cortes federales y mantenga la primera prohibición federal del aborto en la historia (Miller, 2006). ■

Prostaglandina Hormonas usadas para inducir contracciones uterinas y la expulsión del feto en abortos realizados durante el segundo trimestre del embarazo.



Sexo y política

Abortos ilegales

Alrededor de 25% de las mujeres del mundo vive en países donde el aborto es ilegal. Desesperadas por terminar con embarazos no deseados, intentan interrumpirlo recurriendo a enemas, laxantes, píldoras, hierbas, jabones y otras sustancias. Las personas que se dedican a hacer abortos ilegales insertan un catéter o un instrumento afilado en el útero para inducir las contracciones. Este tipo de procedimientos inseguros causa 13% de las muertes maternas en todo el mundo (Boonstra y colaboradores, 2006; Thomas, 2006). En Brasil, un país predominantemente católico, los abortos ilegales representan la cuarta causa de muerte entre las mujeres (Johnson, 2006). Brasil es uno de los países de América Latina que están considerando legalizar el aborto (Barroso, 2006).

Quienes apoyan el aborto y sus oponentes por lo general creen fuertemente en sus posiciones.

La controversia sobre el aborto

El aborto voluntario sigue siendo un tema político muy controversial en Estados Unidos y en muchas otras naciones. Las creencias con respecto al inicio de la vida, las opciones reproductivas de la mujer y el papel de las leyes influyen en la posición que uno toma con respecto a la interrupción voluntaria del embarazo.

El aborto: antecedentes históricos

Las leyes que regulan el aborto han cambiado a lo largo del tiempo. En la antigua China y



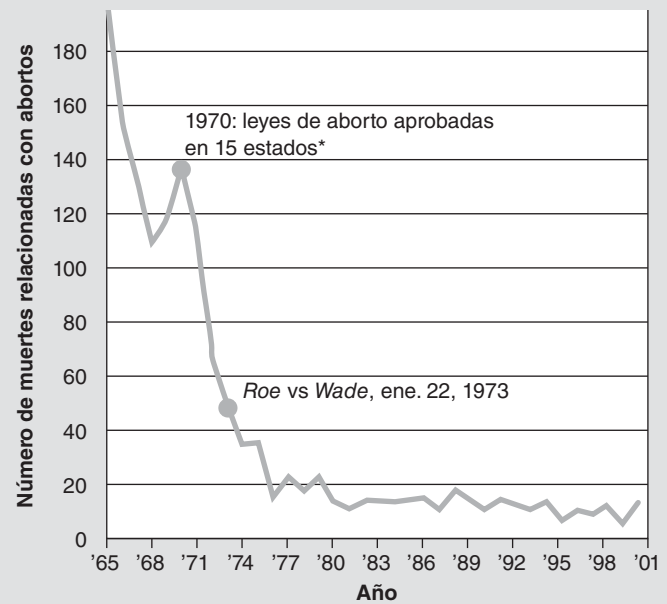
Purple Dragon

Roe vs Wade y más allá

Para la década de 1960, grupos de hombres y mujeres que apoyaron y presionaron por un cambio empezaron a ganar algunas batallas a nivel estatal. En 1973, basada en el derecho a la privacidad, la Corte Suprema de Estados Unidos en el caso *Roe vs Wade* legalizó el derecho de una mujer a interrumpir su embarazo antes de que el feto alcanzara la edad de viabilidad. *Viabilidad* se define como la habilidad del feto para sobrevivir independientemente del cuerpo de la mujer, una habilidad que se desarrolla en el sexto o séptimo mes de embarazo. El caso *Roe vs Wade* anuló el resto de las leyes estatales que trataban el aborto como un acto criminal tanto para el médico que lo realizaba como para la mujer que se sometía al procedimiento. La **figura 11.4** muestra el descenso en las muertes a causa del aborto luego de que algunos estados aprobaron sus leyes después de *Roe vs Wade*.

Sin embargo, la legalización del aborto en 1973 no acabó con la controversia. La legislación de finales de la década de 1970 redujo en gran medida la disponibilidad de un procedimiento médico seguro para las personas de bajos ingresos, haciéndolo el único servicio médico cuyo acceso está restringido por el gobierno. En 1977 el Congreso aprobó la enmienda Hyde, que restringía los fondos federales de Medicaid para abortos, lo que dejó a 6 millones de mujeres de bajos ingresos en edad reproductiva, que obtenían sus servicios de salud a través de Medicaid, sin este recurso (Boonstra y Sonfield, 2000). Los estados pueden utilizar sus fondos para ofrecer abortos a la población de bajos ingresos, pero para 2006 sólo 17 estados pagaban los de mujeres de este extracto. En consecuencia, muchas pobres destinan el dinero de renta, alimentación y vestido para pagarlo. También tienden más a tener abortos tardíos, con mayores riesgos y costos, debido al tiempo que requieren para conseguir el dinero suficiente (Webster, 2006).

La Corte Suprema ha tomado algunas decisiones después de la enmienda Hyde que permiten a los estados poner restricciones al aborto (Miller, 2006; Webster, 2006). Estas regulaciones impiden, y a menudo eliminan, el acceso de las mujeres a él. De 1993 a 2001 la administración Clinton revirtió varias leyes relacionadas con el aborto, incluyendo la regla que había prohibido los fondos para clínicas de planificación familiar que incluían entre sus servicios información



*Hacia finales de 1970, cuatro estados habían abolido sus leyes antiaborto y 11 las reformaron.

Figura 11.4 Las muertes provocadas por abortos disminuyeron dramáticamente después de la legalización.

y orientación acerca del procedimiento. Clinton también aprobó la Ley para el Acceso Libre a las Clínicas, que prohibía la interferencia de los manifestantes en esas instalaciones. A los hospitales militares en el extranjero se les autorizó practicar abortos, siempre y cuando los pacientes los pagaran. Clinton también revirtió la llamada *Ley mordaza*, la política estadounidense establecida por la administración Reagan en 1984 que suspendía la ayuda a los programas de salud de planificación familiar y salud materno-infantil que estuvieran relacionados con cualquier actividad ligada con el aborto, incluyendo información y referencia. Sin embargo, George W. Bush reinstaló la *Ley mordaza* después de ganar la presidencia en 2001. Su administración apoyó más restric-



Pensamiento crítico

¿Por qué los estados de la unión americana con las mayores restricciones en contra del aborto brindan menos recursos a madres e hijos, y por qué aquellos con menos restricciones contra el aborto ofrecen más recursos a madres e hijos?

Europa era ilegal al inicio del embarazo. En el siglo XIII, Santo Tomás de Aquino precisó el punto de vista de la Iglesia católica de que el feto desarrollaba un alma después de la concepción, luego de 40 días en los hombres y de 90 días en las mujeres. Siglos después, a finales de la década de 1860, el papa Pío IX declaró que la vida humana empezaba en el momento de la concepción y que en cualquier etapa es tan importante como la vida de la madre. La Iglesia católica romana mantiene esta posición (Jones y Crocklin, 2000).

Las primeras leyes estadounidenses, basadas en la ley común de Inglaterra, permitían el aborto hasta que la mujer sintiera movimiento del feto. Durante la década de 1860, éste se hizo ilegal en Estados Unidos, excepto

ciones a nivel estatal. En 2006, los condicionamientos eran los siguientes:

- 29 estados imponían una sesión de consejería obligatoria.
- 24 estados requerían un periodo de espera de 24 horas entre la consejería y el aborto.
- Cuatro estados restringían a las aseguradoras privadas la cobertura del aborto a menos que la mujer hubiera contratado una cobertura adicional con ese propósito.
- 21 estados requerían, innecesariamente, que el aborto se realizara en un hospital en lugar de una clínica después de cierto número de semanas de embarazo, aun cuando los practicados en clínicas son seguros. Para embarazos de más de 16 semanas, Texas exigía que los abortos se realizaran en hospitales, pero ningún hospital en Texas los hacía, sólo las clínicas (Pollitt, 2004).
- 34 estados tenían leyes de consentimiento paterno que requerían que una menor obtuviera la aprobación de uno o ambos padres antes de someterse a un aborto.

La mayoría de los adolescentes habla de sus opciones de embarazo con sus padres. Sin embargo, las leyes que requieren la notificación y el consentimiento paternos para el aborto asumen que todos los padres son amorosos, responsables y capaces de velar por los mejores intereses de sus hijas. Tristemente, éste no es el caso de los padres abusivos e irresponsables. Por estas razones y otras similares, muchos grupos médicos se oponen a los requerimientos del consentimiento paterno (la Asociación Médica Estadounidense, la Academia Estadounidense de Pediatría y la Academia Estadounidense de Médicos Familiares, por ejemplo). Los estudios indican que las elevadas tasas de abortos de segundo término se presentaron después de que se aprobaron las leyes de notificación a los padres (Joyce y colaboradores, 2006). Es irónico que este consentimiento no sea requerido para que las mujeres jóvenes tengan al bebé y asuman las responsabilidades de la maternidad, pero sí lo sea si ella decide no convertirse en madre (Stotland, 1998).

Parecería lógico asumir que los estados que restringen el aborto ofrecen recursos adicionales para los niños que nacen en circunstancias difíciles porque el aborto no es una opción. Sin embargo, los estados con más restricciones legales son los que también brindan menos recursos para facilitar la adopción, menos asistencia para los hijos de familias de bajos ingresos y los fondos más bajos para la educación de los niños (Cassel, 2006; Schroedel, 2000). En palabras del ex presidente Jimmy Carter: “Muchos fervientes activistas provida no extienden su preocupación al bebé que nace, y no apoyan programas benéficos que consideran ‘socialistas’”, 2005, p. 94). Los miembros provida del Congreso comúnmente votan contra las iniciativas que ayudarían a las mujeres embarazadas de bajos ingresos: atención materno-infantil, atención infantil y capacitación para el trabajo (Miller, 2006).

La manera en la que el actual y los futuros presidentes de Estados Unidos, el Congreso o la Corte Suprema apoyarán o se opondrán al derecho de la mujer a decidir si interrumpe un embarazo no deseado sigue siendo una pregunta crítica. En 2006, varias legislaturas empezaron a aprobar leyes que hacían ilegal el aborto en sus estados, con la esperanza de que la Corte Suprema revirtiera la decisión *Roe vs Wade*, y en consecuencia cada estado determinara sus propias leyes al respecto (Black, 2006).



© Signe Wilkinson. The Washington Post Writers Group. Reimpreso con autorización.

cuando fuese necesario para salvar la vida de la madre. Entre las razones de este cambio estaban la creencia de que el crecimiento de la población era importante para el desarrollo económico del país y, quizás, la incomodidad del sistema político dominado por los hombres acerca del movimiento emergente de las mujeres de clase media que buscaban independencia e igualdad (Sheeran, 1987). En consecuencia, quienes tenían suficiente dinero podían viajar a un país donde el aborto fuera legal o persuadir a un médico estadounidense de que le practicara uno seguro pero ilegal. A las mujeres sin recursos económicos sólo les quedaba encontrar algún proveedor experimentado que trabajara gratis o por muy poco dinero, de manera clandestina. De lo contrario, tomaban medidas desesperadas: abortos en los callejones usando procedimientos inseguros e insalubres, o inducidos, usan-



Palabras para consultar en InfoTrac

● Aborto

do ganchos de alambres, duchas con blanqueadores o ingestión de aguarrás (Solinger, 2005). El momento para legalizar el aborto surgió de estas circunstancias. Analizamos los muchos cambios legales y retos en el recuadro Sexo y política.

El debate actual

Las encuestas de opinión popular muestran que la mayoría de los estadounidenses, 55 a 65 %, dependiendo de la encuesta, cree que las mujeres deben tener acceso al aborto legal, pese a la realidad de que para 2006 sólo 13 % de todos los condados de Estados Unidos tenía un proveedor de abortos. El acceso está más limitado para mujeres jóvenes, de bajos ingresos, solteras y negras (Boonstra y colaboradores, 2006; Sotorbani y colaboradores, 2004).

La tensión central en la controversia es el debate entre aquellos que discuten el derecho del feto a la vida y los que discuten por el derecho femenino a decidir cuándo ser madre. Cerca de 42 % de la gente en Estados Unidos se considera provida y 53 % prodecisión. La profundidad de las creencias religiosas muestra la mayor diferencia: 59 % de los individuos provida contra 30 % de individuos en favor del derecho a decidir afirman que la religión es muy importante para ellos (Saad, 2006). En ambos lados del debate se tiende a diferir en los puntos de vista básicos de la vida, como se muestra en la **tabla 11.2**.

Los seguidores de la política antiaborto o provida afirman que la existencia comienza en el momento de la concepción y que el feto es una persona que tiene derecho a vivir. “Porque toda vida humana es preciosa ante los ojos de Dios... está claro que el aborto es el robo inexplicable de la vida humana” (National Pro-Life Alliance, 2006, p. 1). “El feto es una forma inmadura y dependiente de la vida humana que sólo necesita tiempo y protección para desarrollarse” (Callahan, 2002, p. 181). En consecuencia, el aborto es visto como algo inmoral. Los grupos antiaborto quieren “salvar a todo bebé que no haya nacido en este país” (National Pro-Life Alliance, 2006, p. 1) restableciendo la legislación nacional que hace ilegal dicha práctica y haciendo que el Congreso apruebe la Ley de Vida y Concepción, que considera al feto no nacido como un ser independiente. Miembros de esta minoría son parte de 23 % del público que quiere ver revertida la *Roe vs Wade* y que han estado librando una activa y efectiva batalla contra la legalidad y la disponibilidad del aborto (Saad, 2006). Una

táctica importante ha sido cabildear en el Congreso para poner restricciones al acceso a la interrupción del embarazo y para evitar la reelección de los miembros del Congreso que están en favor del derecho a decidir.

Los activistas extremos han ido más allá de los medios legales para restringir el aborto: han llegado a bloquear la entrada de las clínicas, a amenazar a pacientes, médicos y personal, y a quemar o bombardear las instalaciones médicas (Campo-Flores, 2006; Miller, 2005). Anualmente, 56 % de las clínicas de abortos tienen que lidiar con manifestantes afuera de sus locales y casas, quienes bloquean las entradas o cometen actos de vandalismo y amenazan con bombas (Henshaw y Finer, 2003; Palmer, 2000). Desde 1993, los extremistas provida han llegado a matar médicos y personal que trabaja en clínicas de aborto, creyendo que estos asesinatos están justificados por salvar a los bebés que aún no nacen (Henshaw y Finer, 2003). Los médicos y consultorios que prac-

➔ TABLA 11.2 Características de las mujeres en contra del aborto y en favor de la decisión

En contra del aborto
Creen que la procreación es el objetivo principal del sexo.
Tienen actitudes tradicionales acerca del rol femenino.
Son amas de casa de tiempo completo o tienen empleos con bajos salarios.
Tienen familias numerosas.
Desaprueban el sexo fuera del matrimonio.
Desaprueban la homosexualidad.
Dicen ser católicas romanas practicantes.
En favor del derecho a decidir
Creen que la intimidad es el objetivo principal del sexo.
Tienen fuertes intereses en papeles laborales.
Tienen carreras bien pagadas.
Tienen familias pequeñas.
Mantienen pocos vínculos con la religión organizada.

Fuentes: Deitch (1983), y Lynxwiler y Gay (1994).

ticar abortos ahora deben implementar fuertes medidas de seguridad: detectores de metales, alarmas, y cristales y chalecos a prueba de balas.

En contraste con la perspectiva antiaborto, los individuos y grupos que están en favor del derecho a decidir lo ven como un último recurso necesario. Del público en general, 63% quiere que la decisión tomada en el caso *Roe vs Wade* permanezca como está (Saad, 2006). Los seguidores prodecisión apoyan el derecho de la mujer a no tener un aborto, y se oponen fuertemente al control del gobierno que atenta contra la libertad de ésta a tomar sus propias decisiones reproductivas. Quieren que las mujeres que se enfrentan al dilema de un embarazo no deseado y que deciden que interrumpirlo es su mejor opción, puedan abortar (Willis, 2002). Un columnista declaró: “La maternidad es tan crítica y tan desafiante que forzar a cualquiera a que la adopte es inmoral” (Quindlen, 2003b, p. 26). Numerosas organizaciones prestigiosas, incluyendo muchas que son religiosas, han hecho declaraciones públicas que se oponen a la legislación antiaborto: Católicas por el Derecho a Decidir, la Academia Nacional de Ciencias, la Asociación Estadounidense de Salud Pública, la Asociación Médica Estadounidense y el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos.

El debate del aborto seguirá siendo apasionado y amargo debido a las diferencias fundamentales en creencias y puntos de vista de la gente con fuertes compromisos con un lado u otro. Sin embargo, muchos tienen una ambivalencia considerable acerca del tema (Connell, 1992). Entre aquellos que creen que está mal, muchos también consideran que cualquier mujer que desee abortar debería tener derecho a practicárselo de manera legal (Stone y Waszak, 1992). Como dijo una mujer:

Parte de mi problema es que lo que pienso y cómo me siento acerca de este tema son dos cosas completamente diferentes... No puedo decir que estoy en favor del aborto. No desearía que todos tuvieran uno. Quiero que la gente use anticonceptivos y que éstos sean a prueba de tontos. Quiero que la gente sea responsable por sus acciones y madura en sus decisiones. Quiero que los hijos sean amados, queridos y que estén bien cuidados. Al mismo tiempo, no puedo decir que estoy en contra de la decisión. Quiero que las mujeres que son jóvenes, pobres, solteras o las tres cosas juntas puedan ser capaces de dirigir el curso de su vida. Quiero que las mujeres que hayan tenido todos los hijos que deseaban o que podían mantener o los que su cuerpo haya aguantado puedan decidir su futuro. Quiero que las mujeres que tienen malos matrimonios o relaciones destructivas eviten ser atrapadas por un embarazo... Tanto como me niego a juzgar la vida de otras mujeres, lloro por los hijos que pudieron haber sido. (Smith, 1985, p. 16.)

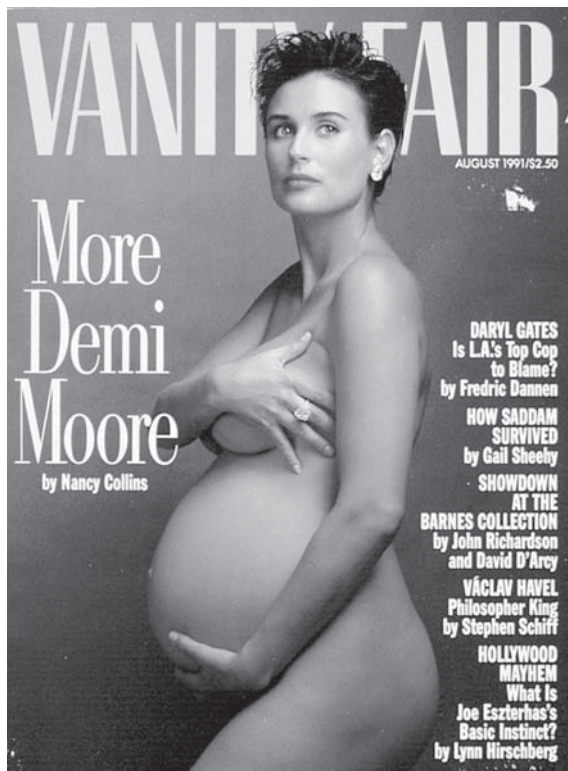
🕒 La experiencia del embarazo

El embarazo es una experiencia única y significativa tanto para la mujer como para el hombre. En las siguientes páginas veremos la experiencia y el efecto que tiene en los individuos y en la pareja. Muchas de las experiencias son parecidas en parejas heterosexuales y de lesbianas. En esta sección se toma la heterosexual como marco de referencia.

La experiencia de la mujer

Cada mujer tiene diferentes reacciones emocionales y físicas, y la misma mujer puede reaccionar de manera diferente a distintos embarazos. He aquí dos reacciones en los extremos opuestos del espectro:

Me encantó estar embarazada. Mi cara estuvo iluminada durante nueve meses. Me sentí muy emocionada por todos los mamíferos hembras, y descubrí un nuevo respeto por mi cuerpo y su habilidad para crear vida. Cuanto más crecía mi vientre, más me gustaba.
(Archivo de los autores.)



La foto de Demi Moore desnuda y hermosamente embarazada en la portada de *Vanity Fair* resalta la riqueza sensual de las formas de la mujer preñada.

Si pudiera tener bebés sin la parte del embarazo, lo haría. Verse gorda y lenta es un gran inconveniente. (Archivo de los autores.)

Los factores que influyen en las reacciones emocionales de la mujer pueden incluir la forma en que tomó la decisión de quedar embarazada, cambios de estilo de vida, su relación con otros, sus recursos económicos, su propia imagen y los cambios hormonales. Las actitudes adquiridas y el conocimiento acerca de la crianza de los hijos y sus esperanzas y temores sobre la maternidad también contribuyen a la experiencia. El apoyo positivo y la atención de su pareja son útiles para vivir un embarazo feliz.

En ocasiones, las mujeres sienten que sólo deben tener sensaciones positivas durante su preñez. Sin embargo, este estado por lo general origina una gama de emociones contradictorias. Un estudio de 1 000 mujeres encontró una gran variedad de sentimientos acerca del embarazo: 35% estaban encantadas con él, 40% tenía sentimientos encontrados, 8% lo odiaba, y el resto había tenido diferentes experiencias con cada uno de sus embarazos. Los investigadores concluyeron que el grado de molestia física que una mujer tiene durante los nueve meses de gestación de su hijo influye de gran manera en sus sentimientos (Genevieve y Margolies, 1987). Para algunas, es una etapa muy difícil; cerca de 20% experimenta una depresión significativa temporal (Miller y Underwood, 2006).

La experiencia del hombre

Es obvio que un padre expectante no tiene las mismas sensaciones físicas que su mujer encinta (aunque en ocasiones un “papá embarazado” reporta síntomas psicósomáticos, como las náuseas y la fatiga que siente su compañera). Sin embargo, las experiencias del embarazo y el parto son profundas para el padre. ¿Qué pasa exactamente durante el “embarazo masculino”? Como la mujer, el hombre también reacciona con mucha ambivalencia. Se puede sentir extasiado pero temeroso acerca del bienestar de su pareja y del bebé. Es común que sienta temor por el parto y dude de si será capaz de soportarlo. Puede sentirse muy tierno con la compañera y muy amable, y al mismo tiempo aislado de la mujer por los cambios físicos que sólo ella está teniendo. Sin embargo, la ultrasonografía prenatal permite a los padres ver el crecimiento del feto en el útero y esto origina grandes sentimientos de involucramiento (Sandelowski, 1994). La mayoría de los hombres se sienten preocupados por el inminente aumento de la responsabilidad financiera. En general, el padre tiene necesidades especiales, al igual que su compañera, y es importante que la mujer esté consciente de estas necesidades y que sea capaz de satisfacerlas. Un estudio de “padres embarazados” encontró que cuando compartían sus sentimientos con su compañera, las relaciones se hacían más profundas (Shapiro, 1987).

Interacción sexual durante el embarazo

En embarazos sin factores de riesgo, la mujer y la pareja pueden seguir con su actividad sexual y con orgasmos hasta que se inicia el trabajo de parto (Schaffir, 2006). Es muy probable que el interés y la respuesta sexual de la mujer cambien durante el curso de la preñez. Las náuseas, la sensibilidad de los senos y la fatiga pueden inhibir el interés sexual durante los primeros tres meses. El resurgimiento del apetito sexual

y la excitación ocurren en muchas gestantes en el segundo trimestre, pero la mayoría de los estudios muestra un descenso progresivo en la motivación y la actividad sexual a lo largo de los meses que dura el proceso (Bogren, 1991). Algunas de las razones más comunes que las gestantes dan para el descenso de la actividad sexual durante este tiempo son molestias físicas, sensación de no ser atractiva físicamente y temor de dañar al bebé que viene en camino (Colino, 1991).

Para algunas, el embarazo puede provocar una conciencia elevada de su cuerpo y un aumento de su sensualidad. Otras se sienten muy mujeres y menos inhibidas sexualmente. El aumento en la vasocongestión de los genitales puede aumentar su deseo y respuesta sexual. Las que tienen actitudes positivas acerca de la sexualidad tienden a mantener mayor interés, actividad y satisfacción sexual durante el embarazo que aquellas con actitudes negativas acerca del sexo. (Fisher y Gray, 1988).

Los sentimientos del compañero también afectan la relación sexual durante el proceso. Las reacciones ante el cuerpo cambiante de la mujer y la necesidad de ajuste en el repertorio sexual de la pareja pueden variar desde una excitación aumentada hasta la inhibición del compañero. Sobre todo al final de la gestación del bebé, la conciencia de la presencia de éste puede hacer del acto sexual algo muy incómodo:

El sexo durante el tercer trimestre del embarazo requiere sentido del humor. Pareciera que sin importar dónde la toques, el bebé salta por todos lados. No puedes escapar de sus golpes y pataditas, y la idea de que hay unos piecitos cerca puede ser desconcertante. (Stern, 1987, p. 78.)

Durante este proceso, la pareja necesita modificar las posiciones sexuales. Las de costado, con la mujer arriba o la penetración por detrás son generalmente más cómodas que la posición con el hombre arriba. La estimulación oral y manual, así como las caricias de todo el cuerpo y los abrazos pueden seguir igual que siempre. De hecho, el embarazo es un periodo en el que la pareja puede explorar y desarrollar estas dimensiones del sexo completamente; incluso si no se desea tener coito, la intimidad, el erotismo y la satisfacción pueden continuar. Para la mayoría de las parejas, el embarazo es un periodo de cambios físicos y emocionales significativos. La comunicación abierta, la información certera, el apoyo mutuo, la flexibilidad en la frecuencia y las actividades sexuales ayudan a mantener y fortalecer el vínculo marital. ■



Salud sexual

➤ Un embarazo saludable

Una vez que la mujer se embaraza, sus propios hábitos sanitarios juegan un papel importante en el desarrollo de un feto saludable.

Desarrollo fetal

El periodo de 40 semanas que dura el embarazo generalmente se divide en tres segmentos de 13 semanas cada uno, llamados *trimestres*. Cambios característicos ocurren cada tres meses.

Desarrollo del primer trimestre

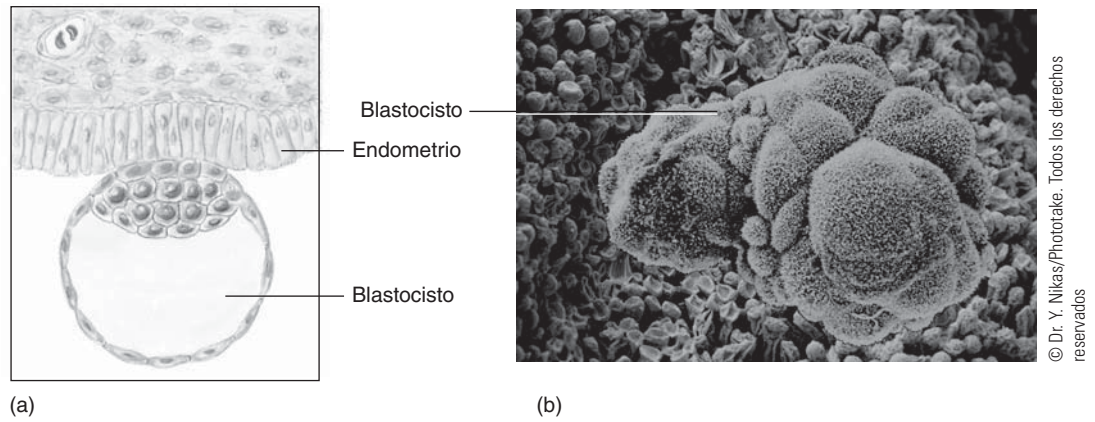
Como todos los mamíferos, el humano empieza como un **cigoto**, la unión de un espermatozoide y un óvulo. Ambos se unen en una de las trompas de Falopio, donde los vellos digitiformes del óvulo atraen al espermatozoide (Begley, 1999). Luego el cigoto se convierte en una estructura multicelular llamada **blastocisto**, que se implanta en la pared del útero una semana después de la fertilización (Fazleabas y Kim, 2003). (véase ➤ **figura 11.5**). El crecimiento progresa de forma uniforme. Después de nueve a 10 semanas del último periodo menstrual de la mujer, es posible escuchar el latido del corazón del feto con un estetoscopio especial llamado *Doppler*. Al inicio del se-

Cigoto La célula que resulta de la unión de óvulos y espermatozoides.

Blastocisto Descendiente multicelular de la unión del espermatozoide y el óvulo que se implanta en la pared del útero.

➡ Figura 11.5

El blastocisto implantado en la pared uterina puede observarse (a) en una figura y (b) en una foto tomada por un microscopio electrónico de barrido.



gundo mes después de la concepción, el feto mide cerca de centímetro y medio, es grisáceo y tiene forma de media luna. Durante el segundo mes se forman el canal espinal y brazos y piernas rudimentarios, así como los ojos y los dedos de manos y pies. En el tercer mes comienza el funcionamiento limitado dentro del feto (de 10 cm) de órganos internos como el hígado, los riñones, los intestinos y los pulmones.

Desarrollo del segundo trimestre

Empieza con el cuarto mes de embarazo. Para este momento es posible distinguir el sexo del feto. Las partes externas del cuerpo, incluyendo uñas, cejas y pestañas, están formadas con claridad. Su piel está cubierta por un vello fino. El desarrollo futuro consistirá principalmente en el crecimiento y refinamiento de las características que ya existen. Los movimientos fetales pueden sentirse al final del cuarto mes. Al concluir el quinto mes, el peso del feto debe haber aumentado a medio kilo. También puede aparecer cabello en la cabeza y grasa subcutánea. Hacia el final del segundo trimestre, el feto abre los ojos.

Desarrollo a las nueve semanas. El feto está conectado a la placenta por el cordón umbilical.



© Dr. G. Moscoso/Photo Researchers, Inc.

Desarrollo del tercer trimestre

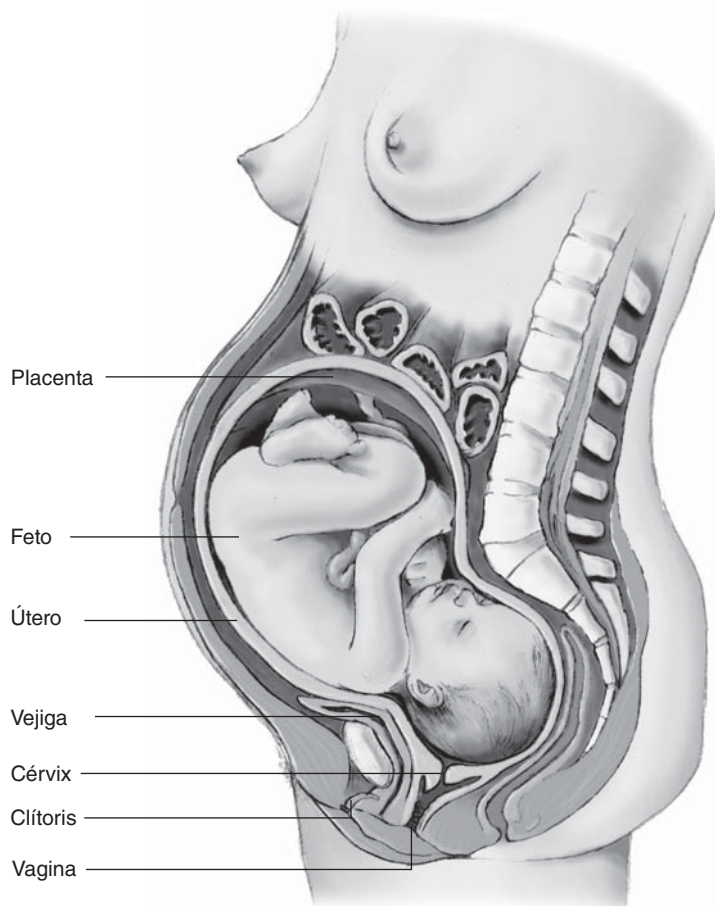
En el tercer trimestre, el feto sigue creciendo y desarrollará el tamaño y la fuerza que necesita para vivir por sí mismo. (● **figura 11.6**). Aumenta su peso de 1.5 kg en el séptimo mes a un promedio de 3 kg al momento del nacimiento. La cubierta de vellos desaparece y el cabello de la cabeza sigue creciendo. La piel se vuelve suave en vez de arrugada. El feto se cubre de una sustancia protectora cerosa y cremosa llamada **vérnix caseosa**.

Vérnix caseosa Sustancia cerosa protectora que se encuentra en la piel del feto.

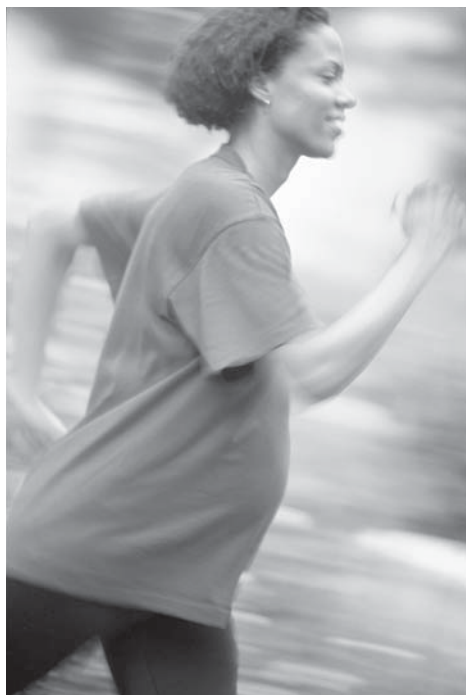
Cuidado prenatal

Algunos de los problemas en el desarrollo fetal son genéticos y no pueden prevenirse, pero la propia salud y alimentación de la madre son cruciales para brindar el mejor desarrollo fetal y para su propio bienestar físico durante el embarazo y el parto. Esta es una de las razones por la que es importante que la mujer se someta a un examen físico completo y a una evaluación médica antes de embarazarse. También deberá practicarse una prueba para determinar su inmunidad ante la rubeola, una enfermedad que puede causar graves defectos si la madre la contrae durante la gestación. Asimismo, deberá realizarse una prueba para detectar VIH/sida antes o durante el embarazo, ya que el virus puede transmitirse al feto en desarrollo y existen tratamientos para mejorar la salud de la madre y del bebé (Krist, 2001).

El cuidado prenatal concienzudo es esencial para mantener la salud de la madre y del feto. Los componentes de un cuidado prenatal óptimo incluyen una buena alimentación, buena salud en general, descanso adecuado, cuidados de rutina, ejercicio y educación acerca del parto (Thompson, 2003a). Desafortunadamente, muchos bebés nacen sin un cuidado prenatal adecuado, una situación que aumenta las probabili-



● **Figura 11.6** Embarazo en el noveno mes. El útero y el abdomen han aumentado su tamaño para acomodar al feto.



© Leland Bobbe/Getty Images

Por lo general, el ejercicio moderado contribuye a un embarazo y a un parto saludables. La mujer encinta deberá consultar a su médico para que le proporcione la guía adecuada a su caso particular.

Placenta Órgano en forma de disco adherido a la pared uterina y conectado al feto mediante el cordón umbilical. A través de las paredes celulares de la placenta, madre y feto intercambian nutrientes, oxígeno y productos de desecho.

des de problemas, incluyendo bajo peso al nacer, padecimientos pulmonares, daño cerebral y patrones anormales de crecimiento. Estos problemas pueden tener efectos para toda la vida (Hack, 2002).

Las mujeres con mayor tendencia a retrasarse en la obtención de un cuidado prenatal adecuado son las de raza negra y las latinas solteras menores de 20 años que no se han graduado de la preparatoria o que no cuentan con seguro médico. Por lo general, viven en vecindarios pobres con clínicas saturadas y poco personal médico (Bloche, 2004). Además, las estadísticas indican que hay cuatro veces más muertes de madres negras que de blancas a causa de complicaciones durante el parto (Hoyert y colaboradores, 2000; Stolberg, 1999). Debido al pobre acceso a los servicios de salud para las personas sin seguro médico y por la falta de clínicas con fondos del gobierno, Estados Unidos se compara de manera desfavorable con otros nueve países en cuanto a tasas de mortalidad materno-infantil. Suecia tiene la tasa más baja, y Suiza, Canadá, Australia y el Reino Unido se encuentran entre los otros nueve países cuyo índice de mortalidad materno-infantil por complicaciones con el embarazo y el parto es inferior que el de Estados Unidos (Cowley, 2003).

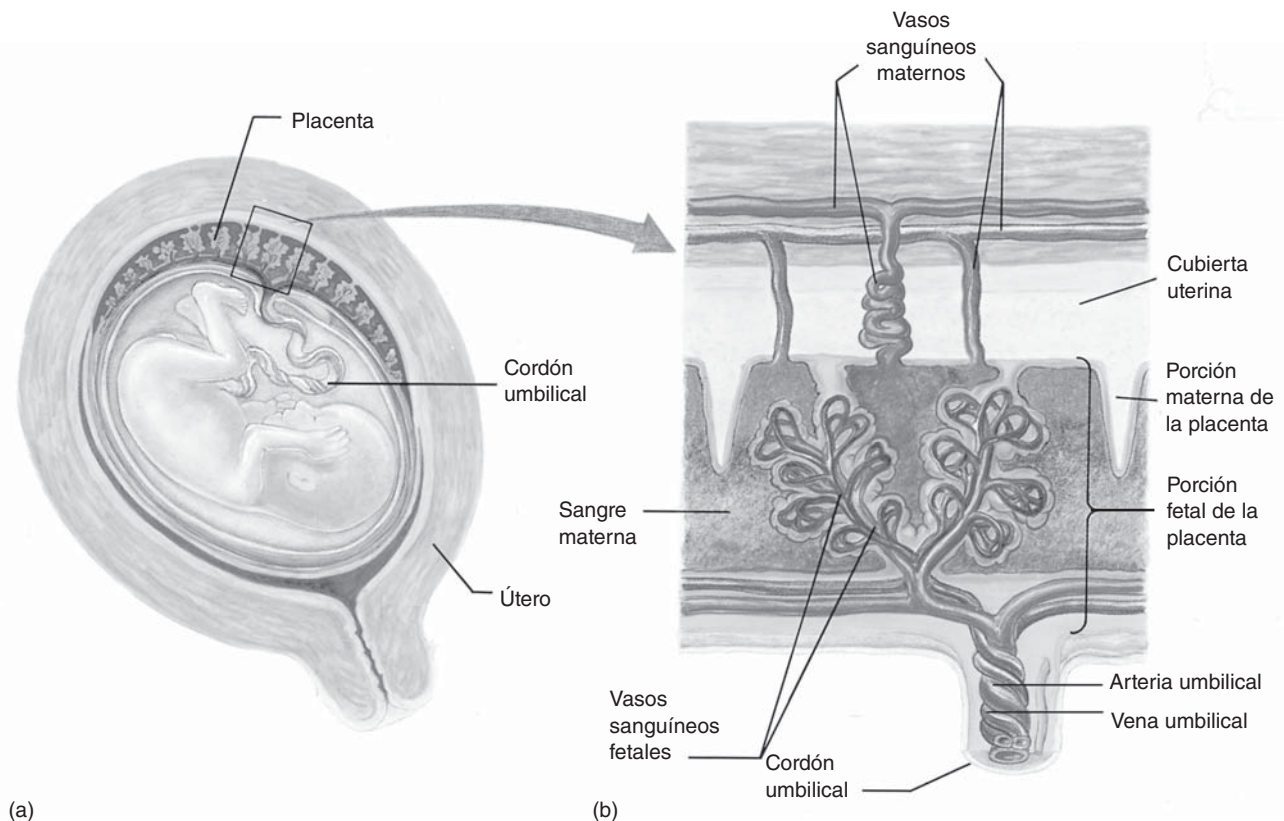
El destino de las embarazadas en países en vías de desarrollo es negro (Iman, 2006). El riesgo de morir por una causa relacionada con el parto o embarazo para una mujer estadounidense es de 1 en 3 700, pero el de una africana es de 1 en 6, y el de una asiática de 1 en 65. Los servicios deficientes, la pobreza, la mala salud y factores relacionados con el género que producen una falta de poder de decisión en las mujeres contribuyen a estas altas tasas de mortalidad (E. Murphy, 2003).

Riesgos en el desarrollo fetal

El feto en desarrollo depende de la madre para sus nutrientes, oxígeno y eliminación de desechos, ya que las sustancias pasan a través de la **placenta** (un órgano en forma de disco adherido a la pared del útero que se muestra en la **figura 11.7**). El feto está unido a la placenta por el cordón umbilical. La sangre fetal circula de forma independiente dentro del sistema cerrado del feto y la parte interna de la placenta. La sangre materna, a su vez, fluye en las paredes uterinas y a través de la parte externa de la placenta. Normalmente, la sangre fetal y la materna no se mezclan. Todos los intercambios entre los sistemas circulatorios del feto y la madre ocurren por el paso de sustancias a través de las paredes de los vasos sanguíneos. Los nutrientes y el oxígeno de la sangre materna pasan a los vasos sanguíneos fetales; el bióxido de carbono y los desechos del feto pasan a los vasos sanguíneos de la madre para ser eliminados por la circulación materna.

La placenta evita que algunos virus y bacterias (pero no todos) pasen al sistema circulatorio fetal. Muchos de ellos, incluyendo el VIH/sida, pueden pasar a través de la placenta. Algunos medicamentos y sustancias legales como el tabaco y el alcohol, así como las drogas ilegales, son peligrosas para el feto. Uno de cada tres bebés ha sido expuesto al alcohol y a otras drogas en el útero (Andrews y Patterson, 1995). Año con año, el tabaco y el alcohol afectan a un mayor número de bebés que las drogas ilegales, con consecuencias significativas más graves para la salud (Pirie y colaboradores, 2000; Yuan y colaboradores, 2001).

Un grave peligro para el feto es el tabaquismo de la madre, que reduce la cantidad de oxígeno en la sangre y aumenta las probabilidades de aborto espontáneo y de complicaciones del embarazo que pueden producir muerte fetal o al nacer (Lain y colaboradores, 2006). Los hijos de fumadoras en general pesan menos, tienen más problemas respiratorios, sus probabilidades de tener labio leporino o paladar hendido son de entre 50 y 70%, y tienen menor puntuación en el desarrollo y un aumento en la incidencia de problemas de lectura comparados con hijos



➤ **Figura 11.7** La placenta intercambia nutrientes, oxígeno y productos de desecho entre los sistemas circulatorios de la madre y del feto. (a) La placenta adherida a la pared uterina. (b) Detalle de la placenta.

de no fumadoras (Olds y colaboradores, 1994; Williams, 2000). Aproximadamente 25% de las estadounidenses son fumadoras cuando se enteran que están preñadas, y 65-70% de ellas mantiene esta práctica durante su embarazo (Zapka y colaboradores, 2000). No sólo fumar es peligroso; el tabaco sin humo tiene riesgos similares (Gupta y Subramoney, 2006).

El alcohol cruza con facilidad las membranas placentarias hacia los tejidos fetales, en especial hacia los cerebrales. El **síndrome del alcoholismo fetal (FAS)**, por sus siglas en inglés es la principal causa de defectos al nacer y de retrasos en el desarrollo en Estados Unidos (Walling, 2006). Desde 1981, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) recomienda a las mujeres abstenerse *por completo* del consumo de alcohol durante el embarazo para evitar el riesgo de daños a su bebé. Cualquier cantidad puede ocasionar problemas, incluso una copa diaria se ha relacionado con efectos adversos al nacer.

Tomar una copa al día durante los tres primeros meses de embarazo está asociado con un CI de niños de 10 años de edad que está dos puntos por debajo del CI de niños cuyas madres no bebieron. Borracheras de cinco o más copas cada vez es extremadamente tóxico para el feto. El consumo de alcohol puede causar muerte intrauterina y aborto espontáneo, parto prematuro, defectos cardíacos congénitos, daño cerebral y del sistema nervioso y muchas malformaciones físicas. Los bebés pueden nacer adictos al alcohol y en consecuencia experimentar síndrome de abstinencia durante varios días después del nacimiento. Los efectos del FAS persisten durante la infancia; los niños con FAS son más pequeños de lo normal y tienen un retraso en el desarrollo, además de que presentan problemas de comportamiento (Willford y colaboradores, 2006).

Los bebés de madres que regularmente consumieron drogas ilegales, como anfetaminas y opiáceos durante el embarazo, a menudo nacen de

Síndrome del alcoholismo fetal (FAS)

Síndrome en bebés causado por el consumo de alcohol por parte de la madre durante el embarazo; se caracteriza por defectos cardíacos congénitos, daño cerebral y al sistema nervioso, numerosas malformaciones físicas del feto y un CI por debajo de lo normal.



Palabras para consultar en InfoTrac

- Síndrome del alcoholismo fetal (FAS)



manera prematura y con bajo peso (Sprauve y colaboradores, 1997). Además, después del nacimiento sufren síndrome de abstinencia de la droga: presentan temblores, patrones alterados de alimentación y sueño, tensión muscular anormal y a menudo requieren hospitalización en unidades prenatales de terapia intensiva. Estos niños pueden tener defectos congénitos permanentes y daños en las capacidades sensoriales motoras y cognitivas que continúan durante la infancia (Zambrana y Scrimshaw, 1997).

En varias situaciones trágicas, los niños han sido dañados por medicamentos de venta libre y con receta tomados por la madre durante la gestación. Por ejemplo, la talidomida, un medicamento recetado como sedante para las mujeres embarazadas a principios de la década de 1960, causaba graves deformidades en las extremidades. Algunos niños de madres que tomaron dietilestilbestrol (DES) desarrollaron anomalías del tracto genital, incluyendo cáncer (Mitka, 2003*a*). Durante el embarazo, hay que ser selectivos al momento de recetar un antibiótico, ya que la tetraciclina (usado con frecuencia) puede dañar el esmalte dental de los bebés y detener el crecimiento de los huesos si se toma después de la semana 14 de gestación (Lynch y colaboradores, 1991). Muchos fármacos de venta libre, como el ibuprofeno, la aspirina y las histaminas, pueden causar daño al feto, y se desconocen los efectos de consumir otros medicamentos y productos herbolarios de venta sin receta. (Glover y colaboradores, 2003); sustancias tóxicas encontradas en el ambiente contaminado también afectan el desarrollo fetal (Haney, 1994).

Nuestro conocimiento acerca de los efectos de la mayoría de las drogas y otras sustancias consumidas por embarazadas es limitado (Janssen y Genta, 2000), pero estamos aprendiendo más y más acerca de los peligros potenciales. Por esta razón no se debe usar ningún medicamento durante el embarazo a menos que sea estrictamente necesario y que se haga bajo estrecha supervisión médica. ■

Embarazo después de los 35 años

Cada vez más mujeres deciden tener hijos hasta después de los 35 años. Los partos de madres de entre 45 y 49 años casi se triplicaron de 1990 a 1999. En 2002, dieron a luz más de 5 000 en ese rango de edad y más de 200 mujeres de entre 50 y 54 años (Tyre, 2004). El mayor riesgo al que se enfrentan las parejas cuando deciden posponer un embarazo hasta que ella tenga 30 años o más es que la fertilidad femenina disminuye con la edad.

Las mujeres mayores que están sanas no tienen un riesgo mayor que las mujeres jóvenes de tener hijos con defectos congénitos no relacionados con cromosomas anormales. Sin embargo, la tasa de defectos fetales producidos por cromosomas anormales (como el síndrome de Down) aumenta con la edad de la madre. El riesgo estimado de tales defectos fetales es de 2.6 por cada 1 000 antes de los 30 años; 5.6 a los 35; 15.8 a los 40, y 53.7 a los 45. Para mujeres de entre 35 y 44 años, el análisis prenatal para detectar estos problemas y el aborto voluntario reducen el riesgo de tener un hijo con un defecto congénito severo a un nivel comparable con el de las mujeres jóvenes (Yuan y colaboradores, 2000).

La preñez en mujeres de más de 35 años representa elevados riesgos adicionales para la madre y el feto. Se presentan tasas un poco más elevadas de muerte materna, parto prematuro, cesáreas y bajo peso al nacer (London, 2004). Muchos médicos piensan que el embarazo en mujeres de más de 35 años es seguro y fácil de manejar médicamente (Schrinsky, 1988). Las enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión arterial juegan un papel más importante que la edad en sí misma en los problemas del trabajo de parto y la salud del niño (Yuan y colaboradores, 2000).

► El parto

En general, la gestación tiene una duración de unas 40 semanas a partir del último periodo menstrual, aunque hay variaciones. Algunas mujeres tienen embarazos más largos; otras dan a luz a bebés completamente desarrollados unas cuantas semanas antes de que termine el periodo de 40 semanas. La experiencia del parto también varía en gran medida, dependiendo de muchos factores como la fisiología de la mujer, su estado emocional, el tamaño del bebé y la posición, el tipo de prácticas de parto utilizadas y el apoyo que reciba la madre.

Parto contemporáneo

Los futuros padres de hoy en día pueden esperar ser parte de un equipo con su proveedor de cuidados médicos para preparar y planear los aspectos físicos y emocionales del alumbramiento. Los padres expectantes a menudo participan en clases para un **parto preparado** que brindan toda la información acerca de las intervenciones médicas y el proceso de trabajo de parto y el nacimiento. Las clases también brindan entrenamiento a la mujer y a su “entrenador” de parto (que puede ser su pareja, un familiar o un amigo) para aprender ejercicios de respiración y relajación diseñados para manejar el dolor. Los estudios indican que las mujeres asistidas por un ayudante durante el trabajo de alumbramiento tienen menos cesáreas, usan menos medicamentos para el dolor y logran trabajos de parto más cortos y mayor satisfacción con la experiencia (Campbell y colaboradores, 2006; McNiven y colaboradores, 1992).

Las técnicas para el parto contemporáneo empezaron a desarrollarse cuando Grantly Dick-Read y Fernand Lamaze presentaron sus ideas al respecto a finales de la década de 1930 y principios de los años 1940. Ellos pensaban que la mayor parte del dolor del parto surgía de la tensión muscular causada por el miedo. Para reducir la ansiedad, aconsejaron la educación acerca del proceso, relajación y calma, apoyo constante durante el trabajo de parto, ejercicios de respiración y relajación voluntaria de los músculos abdominales y perineales.

Parto preparado Sigue un proceso de educación que puede incluir información, ejercicios, respiración y trabajar con un *coach* en el momento del trabajo de parto.



© Jiang Jin/SuperStock

Las clases de parto preparado ayudan a “entrenar” a los futuros padres para el alumbramiento.

Etapas del parto

A pesar de las variaciones del parto, existen tres etapas que generalmente son identificables en el proceso (véase ► **figura 11.8**). Por lo general, la mujer sabe que el trabajo ha dado inicio cuando las contracciones del útero se hacen regulares. Otra indicación del comienzo de la **primera etapa del trabajo de parto**, la dilatación gradual del cérvix hasta llegar a 10 cm, es la descarga del tapón de moco del cérvix. La bolsa amniótica puede romperse en la primera etapa, algo que coloquialmente se conoce como “romper la fuente”. Antes de que inicie esta fase, por lo regular ya ha ocurrido el **borramiento cervical** (aplanamiento y adelgazamiento del cérvix), y éste ha comenzado a dilatarse ligeramente. El cérvix sigue dilatándose a lo largo de la primera etapa, que es la más larga de las tres, y suele durar de 10 a 16 horas en el primer parto y de cuatro a ocho horas en los siguientes.

La **segunda etapa del trabajo de parto** comienza cuando el cérvix está completamente dilatado y el bebé desciende al canal de parto. Por lo general, la cabeza baja primero, como se muestra en la figura 11.8b. La segunda etapa normalmente dura de media hora a dos horas, aunque puede ser más o menos larga. En esta fase la

Primera etapa del trabajo de parto Fase inicial en la cual empiezan las contracciones regulares y el cérvix se dilata.

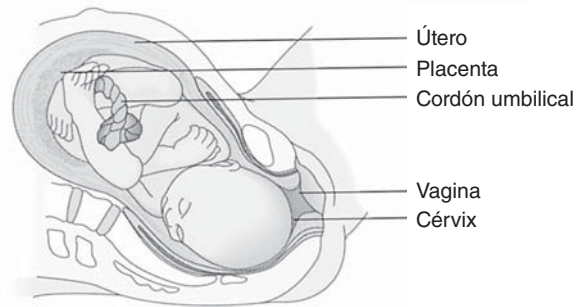
Borramiento cervical Aplanamiento y adelgazamiento del cérvix que ocurre antes y durante el parto.

Segunda etapa del trabajo de parto Fase intermedia en la que el bebé desciende a través del canal de parto.

➔ **Figura 11.8** Las tres etapas del parto: (a) primera etapa; (b) segunda etapa, y (c) tercera etapa.

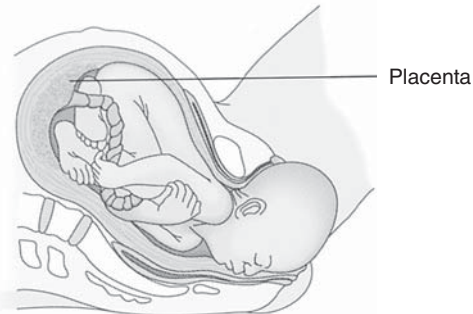
(a) **Primera etapa**

Dilatación del cérvix, seguido de una fase de transición, cuando la cabeza del bebé puede empezar a pasar a través del cérvix.



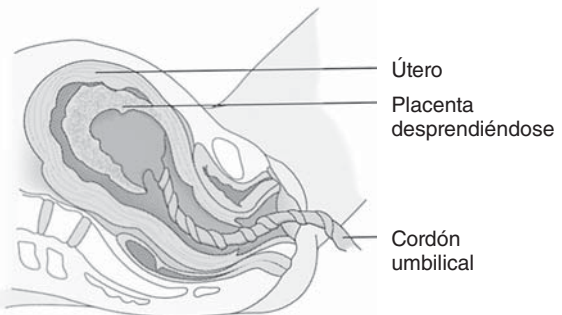
(b) **Segunda etapa**

Paso del bebé a través del canal de parto, o vagina, y salida al mundo.



(c) **Tercera etapa**

Expulsión de la placenta, sangre y fluidos (alumbramiento).



mujer puede pujar para ayudar a salir al bebé, y muchas reportan que el momento en que pujan activamente es la mejor parte del trabajo de parto:

Supe lo que significaba trabajo de parto cuando estuve lista para pujar. Nunca había trabajado tan fuerte, ni con tantas ganas. (Archivo de los autores.)

Tercera etapa del trabajo de parto Última fase del parto en la que la placenta se separa de la pared uterina y sale de la vagina.

Alumbramiento Expulsión de la placenta y del saco o bolsa amniótica por la vagina, después del parto.

Cesárea Procedimiento en el cual el bebé es extraído a través de una incisión en el abdomen y el útero.

La segunda etapa termina cuando nace el bebé.

La **tercera etapa del trabajo de parto** va desde el momento del nacimiento hasta la expulsión de la placenta, que se muestra en la figura 11.8c. Con una o dos contracciones uterinas adicionales, ésta se separa de la pared uterina y sale de la vagina, por lo general media hora después del nacimiento. A la placenta también se le conoce como **secundinas**.

Parto por cesárea

Una **cesárea**, en la cual el bebé es extraído a través de una incisión realizada en la pared abdominal y el útero, es una cirugía que puede salvar la vida de la madre y del producto. La cesárea está recomendada en diferentes situaciones, incluyendo los casos en los que la cabeza fetal es muy grande para pasar a través de la pelvis de la madre, cuando ella está enferma o cuando hay señales de sufrimiento fetal durante el trabajo de parto u otras complicaciones, como una presentación podálica (con

los pies o las nalgas por delante). A las madres que se someten a esta cirugía se les aplica un tipo de anestesia que les permite estar despiertas para recibir al bebé cuando nace. En muchos hospitales se le autoriza al padre estar con la madre en estos casos.

Una mujer puede tener más de un hijo a través de cesárea, aunque los riesgos médicos aumentan con cada parto por esta vía (Getahun y colaboradores, 2006; Silver y colaboradores, 2006). Además, la mayoría de las mujeres puede tener los siguientes partos por vía vaginal, dependiendo de las circunstancias de las anteriores cesáreas y de los partos subsecuentes (Crawford y Kaufman, 2006). Aunque muchas madres que pasan por una cesárea están menos satisfechas con la experiencia del parto que aquellas que los tienen por vía vaginal, el ajuste posparto es similar en ambos grupos (Padawer y colaboradores, 1998).

En 1970, el 5.5% de los partos en Estados Unidos fue por cesárea, y aumentaron a más de 29% para 2004 (Resnik, 2006). (En contraste, la tasa para las mujeres más pobres en 20 países en vías de desarrollo es de menos de 1%.) Algunos dicen que las altas tasas reflejan el mejor uso de la tecnología médica. Otros creen que se recurre a las cesáreas con demasiada facilidad, y una tasa de 15% indicaría de mejor manera la necesidad médica del procedimiento (Ronsman y colaboradores, 2006). Un análisis de datos encontró que 11% de las cesáreas en un primer embarazo y 65% de las subsecuentes pudieron no haber sido necesarias (Kabir y colaboradores, 2005). El monitoreo fetal intensivo, las agresivas demandas por mal práctica si algo sale mal durante un parto vaginal, y las preferencias de la madre y del médico son tres de las razones de este aumento (Stobbe, 2005). Sin embargo, las elevadas tasas de partos por este método no han mejorado proporcionalmente los índices de supervivencia de madres e hijos (Resnik, 2006; Robb-Nicholson, 2006).



© D. van Rossum/Photo Researchers, Inc.

La segunda etapa del trabajo de parto se caracteriza por el punto culminante del proceso del nacimiento.

➤ Después del parto

Las primeras semanas después del parto se conocen como **periodo posparto**. Éste es un periodo de ajuste físico y psicológico para cada miembro de la familia, y es muy probable que sea de altas y bajas emocionales muy intensas. Los padres pueden experimentar un aumento en la cercanía de uno hacia el otro, así como sentimientos encontrados. El padre podría en ocasiones sentir celos de la relación tan cercana de la madre con el bebé. Ambos compañeros quizá deseen más apoyo emocional uno del otro, pero tal vez tengan menos que dar que en condiciones normales. El tiempo y la energía que exige el cuidado del bebé suelen contribuir al cansancio y al estrés. El conflicto acerca de la división de los quehaceres de la casa y el cuidado del bebé llega a hacerse problemático en los primeros meses y años de la vida del niño (Cowan y Cowan, 1992). Un buen sistema de apoyo para los nuevos padres resulta ser inmensamente útil. Entender que estos sentimientos son una respuesta común a los ajustes al nuevo bebé los ayuda a manejar el estrés resultante.

La **depresión posparto (PPD)**, por sus siglas en inglés) afecta a 15% de las madres (Routh, 2000). A diferencia de la tristeza característica (lloriqueos y cambios de ánimo) que siente 75% de las nuevas madres durante los primeros 10 días, la PPD consiste en una serie de síntomas clásicos de depresión, como insomnio, ansiedad, ataques de pánico y desesperanza. En el extremo, las mujeres que sufren PPD pierden interés en sus bebés o desarrollan pensamientos obsesivos de hacerse daño a ellas mismas o a su criatura. Tales reacciones pueden deberse en parte a los repentinos cambios emocionales, físicos y hormonales que siguen al parto. La falta de sueño por desper-

Periodo posparto
Las primeras semanas posteriores al alumbramiento.

Depresión posparto (PPD) Síntomas de depresión y posibles pensamientos obsesivos de lastimar al bebé.



Calostro Líquido secretado por los pechos durante las últimas etapas del embarazo y los primeros días después del parto.



© Erika Stone/Photo Researchers, Inc.

El amamantamiento es otra oportunidad para la mujer de tener contacto físico cercano con su bebé.

tarse muchas veces en la noche para atender al recién nacido también es estresante y disminuye las reservas físicas y emocionales. Por fortuna, la PPD puede ser tratada de manera efectiva.

Amamantamiento

Después del parto los senos de la madre producen un líquido amarillento llamado **calostro**, que contiene anticuerpos y proteínas. La lactancia o producción de leche comienza de uno a tres días después del parto. Las hormonas pituitarias estimulan la producción de leche en los senos en respuesta a la estimulación del chupeteo del bebé sobre los pezones. Si la nueva mamá no empieza o no continúa lactando, la producción de leche se detiene en unos cuantos días.

El amamantamiento tiene muchas ventajas prácticas y emocionales. La leche materna brinda al bebé un alimento digerible rico en anticuerpos y otras sustancias productoras de inmunidad (Wold y Adlerberth, 1998). Los estudios han revelado que los bebés alimentados al seno materno tuvieron menos molestias que otros niños cuando sufrieron dolor o estrés (Shah y colaboradores, 2006). El amamantamiento también induce las contracciones uterinas que ayudan a acelerar el regreso del útero al tamaño que tenía antes del embarazo. Además puede ser una experiencia emocional y sensual positiva para la madre. Para las mujeres que amamantan, ésta es otra oportunidad de tener contacto físico cercano con el bebé:

Me encanta ver la felicidad sobre la cara de mi bebé a medida que llena su pancita con la leche de mis pechos. Verla crecer con el alimento que mi cuerpo le brinda es una continuación de la conexión física que tuvimos durante el embarazo. (Archivo de los autores.)

La lactancia puede inhibir temporalmente la ovulación, en especial si la mujer sólo alimenta al bebé con leche materna (Perez y colaboradores, 1992). Sin embargo, como vimos en el capítulo 10, éste no es un método confiable de control natal. Las píldoras anticonceptivas que contienen estrógenos no deben usarse durante este periodo porque las hormonas reducen la cantidad de leche y afectan su calidad. Sin embargo, las píldoras de progestina sí pueden consumirse porque la progesterona no afecta ni la cantidad de leche ni su calidad (Salisbury, 1991). Algunas parejas prefieren la espuma y los condones para evitar las hormonas durante la lactancia.

El amamantamiento también tiene algunas desventajas de corto plazo. Reduce los niveles de estrógeno, que acondiciona y mantiene el tejido vulvar y estimula la lubricación vaginal. Como resultado, la madre estaría menos interesada en la actividad sexual y sus genitales podrían irritarse con el coito (Barrett y colaboradores, 2000). Los senos también suelen estar sensibles e irritados. La leche llega a salir de manera involuntaria de los pezones durante la estimulación sexual (una fuente potencial de diversión o de vergüenza). Por lo general, es más fácil compartir las responsabilidades del bebé con una fórmula, y el padre podría jugar un papel muy importante cargando y alimentando al bebé. Una madre que amamanta podría recurrir al tiraleche para extraerla y dejarla disponible para que el padre u otra persona se la den al bebé en un biberón.

Aunque la Academia Estadounidense de Pediatras y la Organización Mundial de la Salud promueven la alimentación al seno materno exclusiva durante los primeros seis meses, una encuesta representativa en Estados Unidos encontró que sólo 47% de los bebés de un semana de nacidos habían sido alimentados exclusivamente al seno materno y que sólo 10% de los de seis meses de edad eran alimentados de la misma manera. Las mujeres que tendían más a lactar eran estudiantes universitarias con mayores ingresos económicos, y aquellas con menor tendencia a hacerlo eran las de menor escolaridad e ingresos, residentes del sur del país, madres adolescentes, negras y fumadoras (Ruowei, 2002). La vida de algunas es demasiado demandante para la

responsabilidad de amamantar, sobre todo si la madre regresa al trabajo poco después del parto (Brandon, 2001). Las tasas de lactancia en Suecia son significativamente más elevadas que en Estados Unidos, debido en gran parte a la generosa compensación por maternidad de un año completo, con 80% del salario, que se otorga en la mayoría de los empleos (Gibbs, 2002). De todos los países industrializados, sólo Estados Unidos y Australia carecen de leyes que ofrezcan incapacidad de la madre pagada con un regreso garantizado al trabajo (Jeffery, 2006).

Interacción sexual después del parto

En general se le recomienda a las parejas que pueden retomar el sexo después de que se haya detenido el flujo vaginal sanguinolento, conocido como **loquios**, y después de que la herida de la **episiotomía** o el desgarre vaginal haya sanado, lo que normalmente sucede en un periodo de tres a cuatro semanas. Sin embargo, la mayoría de las parejas espera de cuatro a seis semanas después del parto para retomar la actividad sexual (Volm, 1997). Un factor importante a considerar es cuando el coito sea físicamente cómodo para la mujer. Esto depende del tipo de parto, del tamaño y la presentación del bebé, la extensión de la episiotomía y de las laceraciones y velocidad de curación de cada mujer. El descenso hormonal del posparto, especialmente pronunciado con el amamantamiento, puede causar molestias durante el coito. Después de una cesárea, la pareja debe esperar hasta que la herida haya sanado lo suficiente para que el coito ocurra sin molestias. Otro tipo de relaciones sexuales y afectivas podrán ser compartidas mientras esperan.

Un nuevo bebé trae cambios significativos en la vida diaria que afectan la intimidad sexual (Botros y colaboradores, 2006). Los estudios han encontrado altos niveles de dificultades sexuales después del parto. Antes del embarazo, 38% de los participantes en un estudio reportó estar teniendo problemas sexuales, pero 80% tuvo uno o más problemas en los primeros tres meses después del nacimiento de su hijo. A los seis meses, 64% seguía teniendo dificultades. Los conflictos más comunes eran disminución del deseo sexual, sequedad vaginal y coito doloroso. Un investigador, que ha escrito libros acerca del embarazo y el primer año de maternidad, advierte a las mujeres y a sus compañeros que deben estar preparados para que su vida sexual sea diferente hasta por un año: “La Madre Naturaleza usa todo su arsenal de trucos, desde las hormonas hasta la humildad, para mantenerla enfocada en el bebé y que la madre no quede embarazada otra vez (Iovine, 1997a, p. 158).

El cansancio también es un factor importante que afecta la sexualidad después del parto. El cuidado demandante del bebé, tanto para la mujer como para su compañero, no deja suficiente tiempo ni energía para la expresión sexual (Gearhart y Robboy, 2005). Programar el sexo dentro de los horarios del bebé y de los padres resulta un gran reto. La preocupación acerca del bebé también puede interferir:

Parece que cada vez que empezamos a hacer el amor, el bebé llora. Aunque sepa que ya comió y que ya lo cambié, no me puedo concentrar en mis sentimientos sexuales. ¡Y cuando se queda callado, me preocupa que se haya muerto! Mi esposo tiene las mismas reacciones, así que muchas veces no logramos estar juntos. (Archivo de los autores.)

Las mujeres y sus compañeros, cuya vida sexual ha sido interrumpida por el embarazo y el parto, suelen sentirse fuera de práctica en su relación sexual. A menudo es conveniente retomar la actividad de una manera exploratoria y no apresurada. ■



Salud sexual

Loquios Flujo uterino sanguinolento que ocurre después del parto.

Episiotomía Incisión que en ocasiones se hace en el perineo durante el parto.

R E S U M E N

La opción de ser padres

- Cada vez son más las parejas que deciden no tener hijos.
- Las realidades de la paternidad o de vivir sin hijos son difíciles de predecir.

El embarazo

- Planear el coito para que coincida con la ovulación aumenta la probabilidad de concepción.
- Cerca de 10 % de las parejas en Estados Unidos tiene problemas de infertilidad, y en 15% de los casos no se puede determinar la causa.
- La falta de ovulación y el bloqueo de las trompas de Falopio son las causas más comunes de infertilidad femenina. El bajo conteo de espermatozoides es la causa más común de infertilidad masculina.
- El alcohol, el consumo de drogas ilegales, el tabaquismo y las infecciones de transmisión sexual reducen la fertilidad tanto en hombres como en mujeres.
- El estrés emocional y la interrupción de las relaciones sexuales en la pareja a causa de la infertilidad pueden provocar problemas sexuales.
- Los temas legales y sociales relacionados con la inseminación artificial, las madres sustitutas y las tecnologías de reproducción asistida son complejas y seguirán siendo motivo de controversia.
- La inseminación artificial se hace con espermatozoides de un donador cuando el padre es estéril.
- La primera señal de embarazo, generalmente, es la falta de menstruación. Las pruebas de orina y de sangre, así como el examen pélvico son utilizados para determinar si la mujer está encinta.

Aborto espontáneo y voluntario

- El aborto espontáneo ocurre aproximadamente en uno de cada siete embarazos conocidos. La mayoría de los abortos espontáneos sucede durante los primeros tres meses de gestación.
- El aborto voluntario es un tema social y político muy controversial en la actualidad en Estados Unidos. Medicamentos, curetaje por succión, dilatación y evacuación (D y E) e inducción con prostaglandina son las técnicas médicas utilizadas para inducirlo.
- La falla de los anticonceptivos es una de las principales causas de que las mujeres tengan varios abortos.
- El riesgo que entraña tomar anticonceptivos a menudo precede a un embarazo no planeado y a un aborto.
- En 1973, la Suprema Corte de Estados Unidos legalizó el derecho de la mujer a decidir interrumpir su embarazo antes de que el feto alcance su edad de viabilidad. En 1977, la enmienda Hyde restringió el uso de los fondos de Medicaid para interrumpir embarazos y limitó el acceso de las mujeres de bajos recursos al aborto. Desde entonces,

muchas legislaturas han impuesto más limitaciones a la disponibilidad de esta opción.

- Los seguidores de provida y aquellos que están en favor del derecho a decidir tienen diferencias fundamentales en sus creencias acerca de muchos aspectos de la vida.

La experiencia del embarazo

- Las mujeres tienen una gran variedad de reacciones psicológicas ante el embarazo, incluyendo 20% que experimenta una depresión significativa.
- Los hombres se han involucrado más en los procesos prenatal, de parto y de crianza de los hijos.
- Aunque los cambios de posición pueden ser necesarios, la interacción sexual y sensual puede continuar como se desee durante el embarazo, excepto en los casos de complicaciones médicas.

Un embarazo saludable

- El embarazo está dividido en tres trimestres, cada uno de los cuales está marcado por cambios fetales.
- El intercambio de nutrientes, oxígeno y desechos entre la madre y el feto ocurre a través de la placenta. Sustancias dañinas para el feto pueden pasar a través de la placenta en la sangre de la madre.
- Fumar, el alcohol, las drogas ilegales y algunos medicamentos pueden dañar gravemente el desarrollo del feto.
- Cada vez más mujeres están decidiendo tener hijos después de los 35 años. Estas mujeres tienen una fertilidad un poco disminuida y un cierto riesgo más elevado de concebir al feto con anomalías cromosómicas. Sin embargo, con un monitoreo cuidadoso del embarazo y del parto, estos riesgos se reducen al mismo nivel de las mujeres jóvenes.

El parto

- La preparación para el parto, popularizada por Fernand Lamaze y Grantly Dick-Read, ha transformado las prácticas de parto. Muchos hospitales apoyan la participación del compañero de la mujer y el trabajo en equipo para tomar decisiones acerca del proceso.
- La segunda etapa del trabajo de parto es el descenso del bebé al canal de parto, que termina con el nacimiento. La placenta es expulsada en la tercera etapa.
- La tasa de cesáreas ha aumentado de manera significativa en Estados Unidos en medio de un continuo debate acerca del procedimiento.

Después del parto

- Después del nacimiento del bebé hay que hacer muchos ajustes físicos, emocionales y familiares. La depresión posparto afecta hasta a 15% de las nuevas madres.

- Tanto la alimentación al seno materno como la alimentación con fórmula tienen ventajas y desventajas.
- El sexo después del parto puede retomarse una vez que se haya detenido el flujo de loquios y que cualquier herida vaginal o de la espisiotomía haya sanado. Sin embargo, puede tomar más tiempo el que el interés y la excitación sexual regresen a lo normal.

► Lecturas recomendadas

Cohen, John, y Sandra Carson (2005). *Coming to Terms: Uncovering the Truth About Miscarriage*. Boston: Houghton Mifflin. Después de que su esposa tuvo cuatro abortos espontáneos, este científico ganador de premios escribió este ilustrativo texto acerca del tema.

Carroll, Laura (2000). *Families of Two: Interviews With Happily Married Couples Without Children by Choice*, Philadelphia: Exlibris Corp. Una mirada cercana a las parejas que eligen vivir sin hijos.

Eisenberg, Arlene, Heidi Murkoff y Sandee Hathaway (1991). *What to Expect When You're Expecting?* Nueva York: Workman. Una guía clara, mes por mes, que responde a las preocupaciones de los futuros padres.

Nilson, Lennart (1977). *A Child Is Born*. Nueva York: Dell. Un libro clásico con exquisitas fotografías del desarrollo fetal.

Peoples, Debbie, y Harriet Ferguson (2000). *Experiencing Infertility: An Essential Resource*. Nueva York: Norton. Una amplia presentación del proceso de toma de decisión y del sube y baja emocional de la infertilidad. Ofrece ideas y métodos para manejar el problema, desde cómo confirmar la infertilidad hasta la adopción.

Solinger, Rickie (2005). *Pregnancy and Power: A Short History of Reproductive Politics in America*. Nueva York: New York University Press. Un texto profundamente investigado acerca del contexto histórico de la actual “guerra de culturas” concernientes a temas sexuales y reproductivos.

► Recursos

International Childbirth Education Association, P.O. Box 20048, Minneapolis, MN 55420. Brinda información y recursos para la educación sobre el parto.

Resolve: The National Infertility Association 1310 Broadway, Somerville, MA 02144; (888) 623-0744. Una organización nacional sin fines de lucro que brinda grupos de apoyo, educación y publicaciones para las parejas que luchan contra la infertilidad.

► Recursos en la Web

Sitio web CengageLearning

Visite www.cengage.com/highered para enlazarse con diversos recursos, como preguntas de repaso, actividades interactivas, vínculos con Internet, ejercicios de pensamiento crítico, foros de discusión y muchos otros servicios. También puede acceder a los sitios desde el Wadsworth Psychology Study Center (<http://psychology.wadsworth.com>) o conectarse directamente a los siguientes sitios:

Nota. Tenga en cuenta que este material es independiente del libro y que las páginas que lo contienen pueden ser modificadas o eliminadas sin previo aviso.

International Council on Infertility Information Dissemination (INCIID)

Para aquellos que buscan más información acerca de la infertilidad, este sitio del Consejo Internacional para la Divulgación de la Información sobre Infertilidad brinda contenidos acerca de varios tipos de tratamientos contra la infertilidad y técnicas de reproducción asistida.

Alan Guttmacher Institute

Esta organización sin fines de lucro, muy respetada, patrocina investigaciones sobre temas relacionados con la sexualidad, la anticoncepción y el aborto. Entre los productos de este sitio se encuentran noticias actualizadas y descripción de investigaciones recientes que afectan la salud reproductiva.

NARAL Pro-Choice America

Grupo de consejería sobre el derecho a abortar. NARAL ofrece un sitio que promueve los esfuerzos legales y educativos para garantizar los derechos reproductivos.

Lamaze International

Brinda información que promueve el embarazo y el parto saludables.



Sitio web de apoyo a la obra en inglés

Visite el sitio web de la obra (*Our Sexuality Book Companion Website*) en

<http://latinoamerica.cengage.com/crooks> y elija la décima edición de este libro. Haga clic en "Apoyo electrónico para el estudiante". Allí encontrará herramientas que le ayudarán a aprovechar al máximo su tiempo de estudio: encuestas de actitud, crucigramas, temas de ensayo, tarjetas mnemotécnicas de los principales conceptos y sus definiciones, un glosario general, preguntas de opción múltiple y falso-verdadero, vínculos con sitios web sobre temas relacionados con cada capítulo, bibliografía general y un examen final. Asimismo, encontrará un vínculo para comprar el acceso a más material suplementario en línea: CengageNow.



CengageNow ¡Exactamente lo que necesita saber AHORA!

Dedique tiempo a lo que necesita dominar, no a la información que ya aprendió. CengageNow es un paquete de recursos electrónicos que le ayudará en su aprendizaje. Realice una prueba preliminar del capítulo, y CengageNow generará un plan personalizado de estudio a partir de sus resultados. El plan identificará los temas que debe repasar y lo dirigirá a los recursos en línea que le servirán para dominarlos. Después efectuará una prueba para determinar los conceptos que ya aprendió y aquellos en los que todavía debe trabajar. Visite el sitio www.cengage.com/login si ya tiene su código de acceso. Si no cuenta con él, siga el vínculo *Buy Now*. Escriba *Our Sexuality* en el campo de título. Elija la décima edición de este libro. Haga clic sobre la opción *CengageNow*. Se desplegará una solicitud de acceso y los precios en dólares americanos.



Biblioteca en línea InfoTrac College Edition

Investigue si su institución cuenta con un convenio de uso de InfoTrac, una de las mejores y más vastas bibliotecas en línea del mundo en el ámbito educativo. Conéctese a www.cengage.com/login para acceder a InfoTrac College Edition, biblioteca de consulta en línea que contiene multitud de revistas, muchas exclusivamente sobre la sexualidad humana: *Archives of Sexual Behavior*; *Archives of Sexual Health Behavior*; *Canadian Journal of Human Sexuality*; *Hispanic Journal of the Behavioral Sciences*; *Journal of Cross-Cultural Psychology*; *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*; *Journal of Sex Research* y *Sex Roles*.

La sexualidad en la infancia y la adolescencia



► Comportamiento sexual durante la infancia y la niñez

¿Qué patrones caracterizan el surgimiento de la sexualidad durante la infancia?

¿Cuál es la naturaleza y el significado de los juegos sexuales con amigos durante la niñez?

► Los cambios físicos de la adolescencia

¿Cuáles son los principales cambios físicos que acompañan la aparición de la pubertad en chicos y chicas?

¿Cómo afectan la sexualidad los cambios físicos de la adolescencia?

► Comportamiento sexual durante la adolescencia

¿Qué patrones de comportamiento son característicos de la sexualidad de los adolescentes?

¿Qué tendencias han sido evidentes en su actividad sexual durante las últimas décadas?

► Embarazo en la adolescencia

¿Cuáles son las principales tendencias, causas e implicaciones del embarazo en los adolescentes en Estados Unidos?

¿Qué estrategias podrían ser eficaces para reducir el número de embarazos en este grupo de edad?

► Educación sexual

¿Cómo pueden los padres brindar educación sexual valiosa y eficaz a sus hijos?

¿De qué manera la educación acerca de la sexualidad influye en la experimentación sexual de la gente joven?

Mi primer recuerdo de una experiencia que podría considerarse sexual consistió en apretarme contra la almohada y experimentar algo que se sintió muy bien, y que ahora creo que debió haber sido un orgasmo (de hecho, recuerdo haber hecho esto varias veces). Tenía como dos años, unos meses más unos meses menos. Lo curioso de estas primeras experiencias es que recuerdo que dormía en la recámara de mis padres pero nunca fui reprimido por este comportamiento “autoabusivo”. O mis padres tenían el sueño muy profundo o ellos o sus puntos de vista eran muy modernos en cuanto al sexo. Conociendo a mis padres, creo que era lo segundo. (Archivo de los autores.)

En muchas sociedades occidentales, incluida la de Estados Unidos, era común considerar el periodo entre el nacimiento y la pubertad como una época en que no se expresaba la sexualidad. Sin embargo, como muchos de ustedes podrían confirmar a partir de sus propias experiencias, los primeros años de vida no son un periodo de sexualidad dormida. Quizás incluso puedan recordar experiencias sensuales o sexuales parecidas a la antes descrita en sus primeros años de existencia. En este capítulo examinaremos muchas de las experiencias y comportamientos sexuales comunes que ocurren en los años formativos desde la infancia hasta la adolescencia.

► Comportamiento sexual durante la infancia y la niñez

Las investigaciones de las últimas décadas han demostrado que muchos comportamientos y funciones corporales, incluyendo el erotismo sexual, se desarrollan durante la infancia. De alguna manera, la sexualidad es especialmente importante en este periodo, porque muchas experiencias durante estos años formativos tienen un gran efecto en la futura expresión de la sexualidad del adulto.

En esta sección veremos con brevedad algunos comportamientos sexuales y sensuales típicos que ocurren en la infancia.

Sexualidad en la infancia

Para muchas personas, la capacidad de respuesta sexual se presenta desde el nacimiento (DeLamater y Friedrich 2002; Thanasiu, 2004). En los primeros dos años de vida, un periodo al que se le conoce como *infancia*, muchos niños y niñas descubren los placeres de la estimulación genital (Lidster y Horsburgh, 1994; Yang y colaboradores, 2005). Como se refleja en el caso presentado de nuestros archivos, a menudo esta actividad consiste en frotar el área genital contra un objeto, ya sea una muñeca o una almohada. La fricción pélvica y otras señales de excitación sexual en los infantes, como la lubricación vaginal y la erección del pene en general son malinterpretadas o no reconocidas. Sin embargo, los observadores cuidadosos han notado estos indicadores en los niños muy jóvenes (Lively y Lively, 1991; Ryan, 2000; Thanasiu, 2004). En algunos casos, se ha observado tanto a niños como a niñas que han tenido lo que parece ser un orgasmo. El infante, desde luego, no puede confirmar de manera verbal la naturaleza sexual de tales reacciones, pero el comportamiento es asombrosamente similar al exhibido por los adultos y no existe duda acerca de su naturaleza. Alfred Kinsey y su equipo, en su libro de sexualidad femenina, detallaron las observaciones que una madre hizo de su hija de tres años en una repetida actividad masturbatoria indiscutible:

Boca abajo y con las rodillas flexionadas, hacía movimientos pélvicos, cada segundo o menos. Estos movimientos eran principalmente pélvicos, con las piernas tensas en una posición fija. Los movimientos eran suaves y rítmicos, y sólo eran interrumpidos por pausas momentáneas durante las cuales los genitales se acomodaban contra la muñeca sobre la cual estaban presionados; el retorno de cada movimiento

era convulsivo, agitado. Había 44 movimientos con un ritmo ininterrumpido, una ligera pausa, 87 movimientos seguidos de una pausa, concentración y respiración intensa con sacudidas abruptas a medida que se acercaba el orgasmo. Ella se olvidaba de todo lo demás durante estas últimas etapas de la actividad. Sus ojos estaban vidriosos y fijos, con una mirada vacía. Había alivio y relajación notables después del orgasmo. (Kinsey y colaboradores, 1953, pp. 104-105.)

Kinsey también detalló referencias sobre la sexualidad infantil masculina:

El orgasmo en un niño varón o en otros hombres jóvenes es, excepto por la falta de eyaculación, un duplicado del orgasmo en los adultos. El comportamiento incluye una serie de cambios fisiológicos graduales, el desarrollo de movimientos corporales rítmicos con pulsaciones del pene y movimientos pélvicos, un cambio obvio en las capacidades sensoriales, tensión final de los músculos, especialmente del abdomen, las caderas y la espalda; una liberación súbita con convulsiones, incluyendo contracciones anales rítmicas, seguido de la desaparición de todos los síntomas. Un bebé inquieto se calma con la estimulación sexual inicial, se distrae con otras actividades, comienza con los movimientos pélvicos rítmicos, se pone tenso a medida que se acerca el clímax, empieza la actividad convulsiva, a menudo con movimientos violentos de brazos y piernas, y en ocasiones con gemidos al momento del clímax (Kinsey y colaboradores, 1948, 1977).

Es imposible determinar lo que significan estas experiencias sexuales tan tempranas para los niños, pero es razonablemente cierto que estas actividades son gratificantes. Muchos pequeños de ambos sexos se involucran de forma natural en el autoplacer a menos que tal comportamiento produzca fuertes respuestas negativas de los padres o cuidadores.

Queda claro que un chico es incapaz de diferenciar el placer sexual de otras formas de disfrute sensual. Muchas de las actividades naturales diarias que tienen que ver con el cuidado de un niño, como el amamantamiento y el baño, involucran estimulación táctil placentera que, aunque son esencialmente sensuales en su naturaleza, estimulan una respuesta sexual o genital (Frayser, 1994; Martinson, 1994).

Sexualidad en la niñez

¿Qué es un comportamiento sexual normal y saludable en los niños? Sin duda, la anterior es una pregunta difícil para la cual no tenemos una respuesta precisa; los datos acerca de la sexualidad en la infancia son escasos. Los estudios realizados en esta área están limitados por muchos factores, entre ellos una excesiva sensibilidad política sobre “lo que podría ser interpretado como explotación infantil o inculcación de ideas sexuales en ellos”

(*Contemporary Sexuality*, 1998, p. 1). Es difícil obtener apoyo económico para los estudios básicos sobre sexualidad infantil, y los lineamientos federales en Estados Unidos prohíben tales trabajos o los hacen muy difíciles de llevar a cabo. Recientemente, un equipo de investigadores superó algunos de estos obstáculos para hacer este tipo de investigaciones entrevistando a una gran muestra de cuidadores primarios (principalmente madres) de niños de entre 2 y 12 años. Los resultados de este esfuerzo informativo se describen en el recuadro “Comportamiento sexual normativo en niños: un ejemplo contemporáneo”.

Los individuos muestran variaciones considerables en su desarrollo sexual durante la niñez, y existen relaciones entre diversas influencias (Bancroft, 2003). Sin embargo, a pesar de estas diferencias, hay ciertas características comunes en la secuencia de desarrollo que tienden a emerger. A medida que analicemos nuestro limitado conocimiento de algunos de estos comportamientos típicos, tenga en mente que los antecedentes sexuales únicos de cada persona pueden diferir en algunos aspectos



Palabras para consultar
en InfoTrac

● Sexualidad infantil

Comportamiento sexual normativo en niños: un ejemplo contemporáneo

El psicólogo William Friedrich y sus colegas (1998) entrevistaron, en la Clínica Mayo, a un gran número de madres sobre los comportamientos sexuales que habían observado en sus hijos. El grupo estuvo conformado por 834 niños, de dos a 12 años, que fueron evaluados para verificar la ausencia de abuso sexual. A las madres informantes se les preguntó con qué frecuencia habían visto a sus hijos realizar 38 comportamientos sexuales diferentes durante los últimos seis meses. Cuando 20 o más informaban haber observado una conducta específica, Friedrich y sus asociados la consideraban una forma normal de desarrollo de la expresión sexual en la niñez. Describiremos algunos de los hallazgos clave de este importante estudio en los siguientes párrafos.

Una amplia gama de comportamientos sexuales fue observada con distintos intervalos de frecuencia en todo el rango de edad de los niños. Como se muestra en la **tabla 12.1**, los de mayor frecuencia fueron: autoestimulación, exhibicionismo (exposición repetida de las partes corporales privadas a otro niño o a un adulto) y comportamiento relacionado con límites personales como tocar los senos de la madre o de otra mujer. La conducta sexual intrusiva, como tocar los genitales de otros niños, se registró como menos común.

La frecuencia de comportamientos fue inversamente proporcional a la edad, con la reiteración máxima a los cinco años para ambos sexos y un descenso durante los siguientes siete años. Se observó que los chicos de dos años, de ambos sexos, eran más evidentemente sexuales que los del rango de 10 a 12 años. La cantidad de comportamientos aumentó entre niños y niñas hasta los cinco años, y luego empezó a descender. El descenso observado en las conductas sexuales después de esta edad no necesariamente sugiere que los niños las reduzcan a medida que crecen. Friedrich y sus colegas propusieron que éstos hacían más privada su expresión a medida

que maduraban. Además, los mayores suelen pasar más tiempo con sus amigos, lo que ofrece menos oportunidades para la observación de los padres.

El grupo étnico no estuvo relacionado de manera significativa con los comportamientos sexuales infantiles reportados. Sin embargo, hubo una asociación positiva entre la actitud maternal hacia la sexualidad y la frecuencia de las conductas sexuales observadas. Las madres que dijeron tener un punto de vista relajado y que hacían cosas como la desnudez familiar y dormir o bañarse con sus hijos, reportaron mayores niveles de actividad sexual en ellos. La conducta sexual de los niños también estuvo significativamente relacionada con el nivel de escolaridad de la madre y con la actitud de ésta acerca de la aceptabilidad de la manifestación sexual infantil. Las madres con mayor nivel de escolaridad y que afirmaron que los sentimientos y comportamientos sexuales en los niños eran normales, reportaron haber observado más conductas de este tipo en sus hijos.

Friedrich y sus colegas concluyeron que el intenso comportamiento sexual, en particular en niños pequeños, parece ser una parte normal del desarrollo. Este hallazgo es muy importante en un momento en que la preocupación por el abuso sexual en la niñez está muy presente en la mente de muchos padres, educadores y profesionales clínicos. En un comentario concluyente, estos investigadores notaron que es importante para los padres (y otros adultos) estar conscientes de que “simplemente porque un niño de cinco años a veces toca sus genitales, incluso después de haber pasado un fin de semana con el padre que no tiene la custodia, no significa que haya sido víctima de abuso sexual. Más bien, es un comportamiento observado en casi dos tercios de los chicos a esa edad” (Friedrich y colaboradores, 1998, pp. 11-12).

➔ TABLA 12.1

Porcentaje de madres que reportaron haber observado en sus hijos comportamiento sexual por lo menos una vez en un periodo precedente de 6 meses

Comportamiento observado	Hombres, edad (en años)			Mujeres, edad (en años)		
	2-5	6-9	10-12	2-5	6-9	10-12
Se toca las partes sexuales en público	26.5	13.8	1.2	15.1	6.5	2.2
Se toca las partes sexuales en casa	60.2	39.8	8.7	43.8	20.7	11.6
Toca las partes sexuales de otros niños	4.6	8.0	1.2	8.8	1.2	1.1
Toca las partes sexuales de los adultos	7.8	1.6	0.0	4.2	1.2	0.0
Toca los senos	42.4	14.3	1.2	43.7	15.9	1.1
Le muestra las partes sexuales a los niños	9.3	4.8	0.0	6.4	2.4	1.1
Le muestra las partes sexuales a los adultos	15.4	6.4	2.5	13.8	5.4	2.2
Se masturba con la mano	16.7	12.8	3.7	15.8	5.3	7.4
Se masturba con juguetes u objetos	3.5	2.7	1.2	6.0	2.9	4.3
Habla acerca de actos sexuales	2.1	8.5	8.9	3.2	7.2	8.5
Pone la boca en los senos	5.7	0.5	0.0	4.3	2.4	0.0
Sabe más de sexo	2.3	13.3	11.4	5.6	15.5	17.9

Fuente: Adaptado con permiso de “Normative Sexual Behavior in Children: A Contemporary Sample”, W. Friedrich et al., *Pediatrics*, vol. 101, p. 9. Copyright 1998.

de las conductas descritas. También es importante darse cuenta de que, además de los informes de los cuidadores, mucho de lo que sabemos acerca del comportamiento sexual en la niñez está basado en las declaraciones de adultos a los que se les pide recordar sus experiencias infantiles. Como vimos en el capítulo 2, recordar con exactitud las experiencias que ocurrieron muchos años antes es muy difícil.

Un niño puede aprender a expresar sus sentimientos afectivos y sensuales a través de actividades como los besos y los abrazos. Las respuestas que reciba a estas expresiones de intimidad tienen una fuerte influencia en la manera en que expresará su sexualidad años después. Las inclinaciones que tenemos como adultos en cuanto a dar o recibir afecto parecen estar relacionadas con nuestras primeras oportunidades de contacto cálido y placentero con otros, en especial con los padres (DeLamater y Friedrich, 2002; Hatfield, 1994; Singer, 2002). Algunos investigadores creen que los individuos que son privados del “contacto cómodo” (caricias y abrazos) durante los primeros meses y años de vida pueden tener dificultad para establecer relaciones íntimas más adelante (Harlow y Harlow, 1962; Montagu y Matson, 1979; Prescott, 1989). Además, otros estudios sugieren que el afecto y la violencia física son, hasta cierto punto, mutuamente excluyentes. Por ejemplo, un estudio de 49 sociedades separadas encontró que en culturas donde los niños son criados con afecto físico, hay poca violencia en los adultos. Por el contrario, en aquellas donde se les priva del afecto físico existen altos niveles de violencia en los adultos (Prescott, 1975).

Masturbación infantil

Los pequeños se masturban jugando con sus genitales y frotando o presionando esta área contra algún objeto, como una almohada o una muñeca, pero la manipulación rítmica de los genitales asociada con la masturbación adulta en general no ocurre sino hasta que el niño alcanza los dos años y medio o tres (DeLamater y Friedrich, 2002; Martinson, 1994).

La autoestimulación es una de las formas más comunes y naturales de expresión sexual durante los años de la infancia (Thanasiu, 2004). El estudio descrito en el recuadro reportó que aproximadamente 16% de las madres observó a sus hijos de dos a cinco años masturbarse con las manos (Friedrich y colaboradores, 1998). Otros estudios indican que casi un tercio de las mujeres y dos tercios de los hombres que conformaban la respectiva muestra afirmaron que se habían masturbado antes de la adolescencia (Elias y Gebhard, 1969; Friedrich y colaboradores, 1991; Hunt, 1974). En un trabajo reciente con universitarios, se reportó un porcentaje ligeramente mayor de mujeres (40%) que de hombres (38%) que se habían autoestimulado antes de alcanzar la pubertad (Bancroft y colaboradores, 2003a).

Las reacciones de los padres ante esta práctica puede ser una influencia importante en el desarrollo de la sexualidad. La mayoría de los padres y otros tutores en la sociedad estadounidense tienden a desalentar o prohibir tales actividades e incluso pueden describirlas ante otros adultos como poco comunes o problemáticas (Ryan, 2000). Los comentarios acerca de la masturbación que pasan de padres a hijos generalmente son inexistentes o negativos. Piense en su juventud. ¿Alguna vez sus padres le dijeron que aceptaban esta actividad? ¿O, intuitivamente, sintió usted que aceptaban la autoestimulación en sus hijos? Es probable que no. A menudo, un mensaje verbal de “deja de hacer eso”, una mirada desaprobatoria o un golpe en la mano es la respuesta que los niños reciben. Estos gestos pueden ser notados incluso por niños muy pequeños que todavía no han desarrollado las capacidades del lenguaje.



© Michael Newman/PhotoEdit

El disfrute de la intimidad sexual como adulto puede estar relacionado con las experiencias de la niñez de contacto cálido y placentero, especialmente con los padres.



¿Cómo pueden los adultos transmitir su aceptación a esta forma natural y normal de autoexploración? Una manera de empezar es evitar reacciones negativas a las caricias de los niños y bebés a sus genitales. Después, a medida que respondemos a las preguntas del niño acerca de su cuerpo, puede ser útil mencionar el potencial de placer que existe en su anatomía genital (“Se siente bien cuando te tocas”). Con respecto a la privacidad, por ejemplo, tocar la puerta antes de entrar al cuarto del menor es otra manera de mostrar aceptación por este tipo de actividad tan personal. Quizás usted podría mostrarse cómodo expresando respuestas de aceptación específicas hacia la actividad de autoestimulación en sus hijos, como lo hizo el siguiente padre:

Un día, mi hijo de siete años se sentó junto a mí en el sofá para ver el partido de fútbol. Todavía estaba secándose con la toalla, después del baño. Mientras parecía que estaba interesado en la actividad de la pantalla, me di cuenta de que estaba acariciando su pene. De repente sus ojos se dieron cuenta de mi mirada. Un gesto de molestia apareció en su rostro. Yo no estaba seguro de cómo responder, así que simplemente le dije: “Se siente bien, ¿no?” Él no dijo nada, pero tampoco siguió acariciándose; sin embargo, su sonrisa se hizo más amplia. Debo admitir que al principio tenía un poco de duda en indicar mi aprobación para tal comportamiento. Tenía miedo de que se masturbara abiertamente frente a otras personas. Sin embargo, resultó que mis temores eran infundados, ya que él sigue siendo muy discreto con esta actividad. Es gratificante saber que puede experimentar los placeres de su cuerpo sin los desagradables sentimientos de culpa con los que creció su padre. (Archivo de los autores.)

Otra preocupación, expresada en la anécdota anterior, es que los niños empiecen a masturbarse enfrente de otras personas si están conscientes de que sus padres aprueban tal comportamiento. Ésta es una preocupación razonable. A pocos de nosotros nos gustaría tener que tratar con que Johnny o Suzy se masturben frente a la abuela. Sin embargo, los niños en general están conscientes de las expectativas sociales de mantener un alto grado de privacidad en algo tan emocionalmente cargado y personal como la autogratificación. La mayoría de ellos son mucho más capaces de hacer diferencias importantes que en ocasiones los padres reconocen. En el caso de que se masturben frente a otras personas, sería razonable que los padres expresaran su preocupación, con cuidado de hacer énfasis sobre lo inapropiado del lugar y no sobre la actividad. Un ejemplo de cómo manejar esta situación con sensibilidad y tacto es diciéndole al niño: “Sé que se siente bien, pero es una manera privada de sentirse bien. Busquemos otro lugar donde tengas la privacidad que necesitas” (Planned Parenthood Federation of America, 2002, p. 12).

Muchos niños se masturban. Ordenarles que se detengan rara vez lo elimina, incluso si tales órdenes van acompañadas de amenazas, de castigos o advertencias de que esta práctica causa deterioro mental o físico. Además, estas respuestas negativas sólo sirven para aumentar la culpa y la ansiedad asociadas con ese comportamiento (Singer, 2002). ■

Juegos sexuales de la niñez

Además de la autogratificación, los niños prepúberes a menudo se involucran en juegos que pueden ser considerados sexuales (Ryan 2000; Sandnabba y colaboradores, 2003; Thanasiu, 2004). Tales juegos se dan con amigos o hermanos del mismo o del otro sexo que tienen la misma edad (Thanasiu, 2004). Ocurre temprano, como a los dos-tres años, pero es más común entre los cuatro y los siete (DeLamater y Friedrich, 2002). Alfred Kinsey y sus colegas (1948, 1953) consignaron que 45% de las mujeres y 57% de los hombres de su muestra reportaron haber tenido estas experiencias a los 12 años. En otros estudios, 61% de una muestra de estudiantes universitarios estadounidenses reportó haber participado en una o más formas de juego sexual con otro niño antes de los 13 años (Greenwald y Leitenberg, 1989); 83% de estudiantes suecos

del último año de preparatoria (81% hombres y 84% mujeres) también reconocieron la misma experiencia (Larsson y Svedin, 2002), y 56% de un grupo de profesionales adultos recordó haber participado en actividades vistas como sexuales antes de los 12 años (Ryan y colaboradores, 1988). Estas actividades iban desde la exhibición e inspección de los genitales, a menudo mientras jugaban al doctor, hasta la simulación del coito frotando las regiones genitales unos con otros. Aunque muchos adultos, especialmente los padres, tienden a reaccionar a la aparente naturaleza sexual de este juego, para muchos niños los aspectos lúdicos de la interacción son mucho más importantes que cualquier implicación sexual.

La curiosidad acerca de lo prohibido probablemente juega un papel importante en el estímulo de la exploración sexual. La curiosidad acerca del equipamiento genital de otros, especialmente del otro sexo, es muy normal (DeLamater y Friedrich, 2002; Thanasiu, 2004). Muchas guarderías y jardines de niños ahora tienen baños abiertos a ambos sexos para que los menores puedan aprender las diferencias sexuales de una forma natural y cotidiana.

Además de mostrar interés en los comportamientos sexuales, muchos niños de cinco-siete años empiezan a actuar de manera que reflejan el matrimonio predominantemente heterosexual de nuestra sociedad. Esto es evidente en la práctica de jugar *a la casita*, que es típico de los niños de esta edad. Algunos de los juegos sexuales descritos anteriormente ocurren en el contexto de esta actividad.

Cuando los niños alcanzan los ocho o nueve años de edad hay una pronunciada tendencia entre ambos sexos a jugar separadamente, aunque el interés romántico en el otro sexo puede existir al mismo tiempo. (DeLamater y Friedrich, 2002). Además, a pesar de un aparente descenso en el juego sexual con otros, la curiosidad acerca de los aspectos sexuales sigue en alto. Esta es una edad en la que se hacen muchas preguntas acerca de la reproducción y la sexualidad (Gordon y Gordon, 1989; Parsons, 1983).

La mayoría de los niños de 10-11 años están muy interesados en los cambios del cuerpo, especialmente aquellos que se refieren a los genitales y las características sexuales secundarias, como el vello en las axilas y el desarrollo de los senos. A menudo esperan con anticipación estas señales de aproximación a la adolescencia. Muchos prepúberes están muy conscientes de su cuerpo y pueden estar reticentes a exponerlo a la vista de otros. La separación del otro sexo es aún la regla general y los niños de esta edad a menudo se molestan con cualquier mención de un interés romántico en el otro sexo (Goldman y Goldman, 1982).

El juego sexual con amigos del mismo sexo es común durante los años de infancia (DeLamater y Friedrich, 2002; Sandnabba y colaboradores, 2003). De hecho, durante esta época, cuando la separación de los sexos es particularmente fuerte, la actividad con el mismo sexo es probablemente más común que los encuentros heterosexuales (DeLamater y Friedrich, 2002; Martinson, 1994). En muchos casos, estos encuentros son transitorios, y son reemplazados prontamente por el cortejo de la adolescencia (Reinisch y Beasley, 1990; Thornburg y Aras, 1986). Sin embargo, para algunos de estos niños el juego sexual con amigos del mismo sexo puede reflejar una orientación homosexual o bisexual que se desarrollará completamente durante la adolescencia y la vida adulta. No obstante, las experiencias de los jóvenes con el mismo sexo rara vez juegan un papel determinante en el establecimiento de una orientación homosexual (Bell y colaboradores, 1981; Van Wyk, 1984). Advertimos esto a los padres para que estén cons-

? Pensamiento crítico

Asuma que usted es el padre de un niño de siete años y que un día encuentra a su hijo jugando al doctor con una amiguita de la misma edad. Ambos tienen los pantalones abajo y parecen estar explorando visualmente sus cuerpos. ¿Cómo reaccionaría? ¿Actuaría de manera diferente según el sexo de su hijo?



Palabras para consultar en InfoTrac

- Sexualidad infantil



© Jo Browne/Mick Smee/Getty Images

Para muchos niños, los aspectos lúdicos de interacciones como ésta son más importantes que cualquier aspecto sexual.

cientes de estos comportamientos y eviten responder de una manera exageradamente negativa o señalar tal actividad como homosexual en el sentido adulto.

Está claro que el descubrimiento de uno mismo y las interacciones de grupo con sus coetáneos son importantes durante el desarrollo de la sexualidad en los niños. Estos factores siguen ejerciendo influencia durante los años de la adolescencia, como veremos más adelante en este capítulo. Pero primero prestaremos atención a los cambios físicos que acompañan la aparición de esta etapa.

► Los cambios físicos de la adolescencia

La adolescencia es una época de cambios fisiológicos dramáticos y de desarrollo del rol social. En las sociedades occidentales es la transición entre la niñez y la edad adulta que típicamente se extiende entre los 12 y los 20 años. La mayoría de los principales cambios físicos ocurre en los primeros años de este periodo. Sin embargo, durante esta etapa de la vida también ocurren cambios importantes y a veces profundos en el comportamiento y en las expectativas de nuestro papel. Por estándares culturales, en nuestra sociedad la adolescencia está muy extendida. En muchas culturas (y en la occidental previa a la era industrial) los roles adultos eran asumidos a una mucho más temprana edad. Más que por un periodo prolongado de estatus niño-adulto, el niño a menudo es iniciado a la edad adulta al alcanzar la pubertad.

La **pubertad** (del latín *pubescere*, que significa “cubierto con cabello”) es un término usado frecuentemente para describir el periodo de rápidos cambios físicos al inicio de la adolescencia. Los mecanismos que desencadenan la serie de desarrollos no son comprendidos completamente. Sin embargo, sí sabemos que el hipotálamo juega un papel importante (Brook, 1999a; Caufriez, 1997). En general, cuando un niño tiene entre ocho y 14 años, el hipotálamo aumenta las secreciones que provocan que la glándula pituitaria libere mayores cantidades de hormonas conocidas como **gonadotropinas** hacia el torrente sanguíneo (Brook, 1999a). Estas hormonas estimulan la actividad en las gónadas, y son químicamente idénticas en chicos y chicas. Sin embargo, en los varones hacen que los testículos incrementen la producción de testosterona, mientras que en las mujeres actúan sobre los ovarios para producir elevados niveles de estrógeno. Desde los nueve a 10 años de edad, la cantidad de estas hormonas esteroideas gonadales comienza a aumentar a medida que el niño se acerca a la pubertad (Bancroft, 2003).

En respuesta a los elevados niveles de hormonas masculinas y femeninas, empiezan a aparecer signos externos de maduración sexual en uno y otro sexo. Los desarrollos resultantes (senos, cambio de voz, vello facial, corporal y púbico) son conocidos como **características sexuales secundarias**. El aumento del vello púbico en ambos sexos y el crecimiento en ciernes de los senos (la aparición de una pequeña protuberancia bajo los pezones) en las chicas, son generalmente los primeros signos de pubertad. También hay un “estirón”, que es estimulado por un incremento en las hormonas sexuales, la hormona del crecimiento, y una tercera sustancia llamada *factor 1 de crecimiento*, parecido a la insulina (Caufriez, 1997). Este estirón eventualmente termina también por la influencia de las hormonas sexuales, que mandan señales para cerrar los extremos de los huesos largos. Los genitales externos también presentan crecimiento; el pene y los testículos aumentan de tamaño en los hombres, y los labios vaginales en las mujeres (► figura 12.1).

El único evento claramente diferente en hombres y mujeres es el crecimiento (Brook, 1999a). Debido a que el estrógeno es mucho mejor facilitador que la testosterona en la secreción de la hormona del crecimiento por parte de la glándula pituitaria, tan pronto como empieza a mostrarse el desarrollo de la pubertad en las chicas, inicia también un crecimiento más rápido (Brook, 1999a). Aunque la magnitud del estirón durante la pubertad es muy parecida en ambos sexos, comienza dos años antes en las



Palabras para consultar
en InfoTrac

● Pubertad

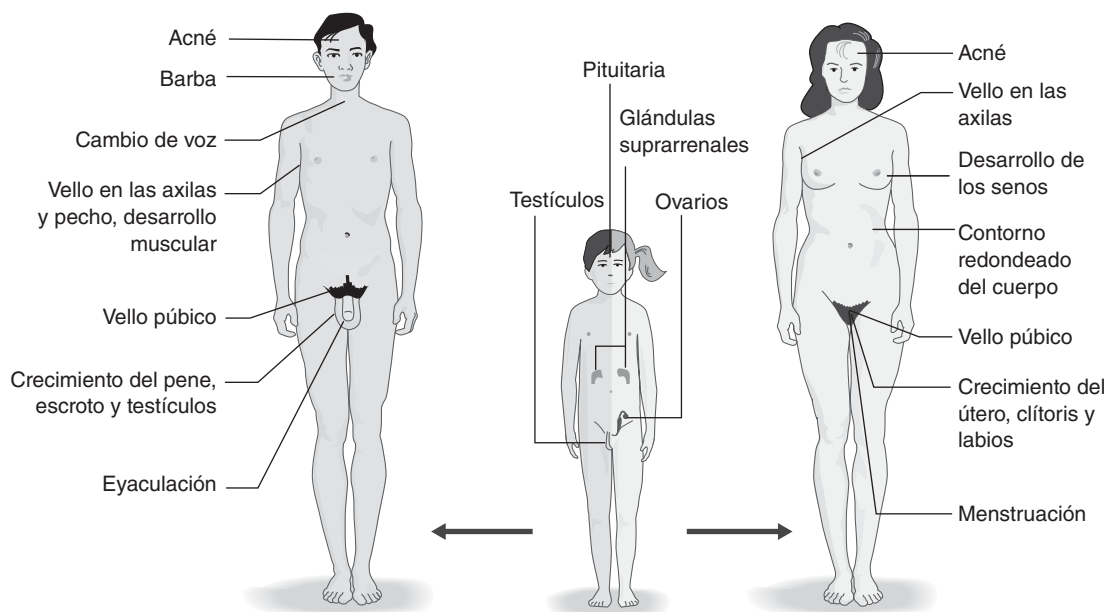
Pubertad Un periodo de cambios físicos rápidos al inicio de la adolescencia durante el cual maduran los órganos reproductivos.

Gonadotropinas

Hormonas pituitarias que estimulan la actividad de las gónadas (testículos y ovarios).

Características sexuales secundarias

Atributos físicos aparte del desarrollo genital que indican la madurez sexual, como el vello corporal, los senos y el cambio de voz.



➡ **Figura 12.1** Los cambios hormonales durante la pubertad, estimulados por la influencia del hipotálamo en la glándula pituitaria, producen rápido crecimiento y desarrollo de las características sexuales secundarias.

mujeres. Esta es la razón de que a los 12 años la joven promedio sea considerablemente más alta que su contraparte masculina.

Bajo la influencia de la estimulación hormonal, los órganos internos de ambos sexos continúan desarrollándose durante la pubertad. Se engrosan las paredes vaginales, el útero crece y aumenta la musculatura. El pH vaginal cambia de alcalino a ácido, ya que las secreciones vaginales y cervicales aumentan en respuesta a los cambios hormonales. Da inicio la menstruación; al primer periodo menstrual se le conoce como *menarquia* (tema estudiado en el capítulo 4). Los periodos menstruales iniciales pueden ser irregulares y ocurrir sin ovulación. Algunas adolescentes tienen ciclos irregulares durante varios años antes de que se hagan regulares y predecibles. En consecuencia, los métodos de control prenatal que se basan en el ciclo menstrual no son del todo confiables para este grupo de edad. La mayoría de las chicas empieza a reglar a los 12 o 13 años, pero existe una amplia variación en la edad de la menarquia (Chumlea y colaboradores, 2003).

En Estados Unidos, la edad media de la menarquia es de 12.43 años (Chumlea y colaboradores, 2003). Apenas 10% de las chicas menstrúa a los 11.1 años, mientras que el 90% restante lo hace a los 13.75 años (Chumlea y colaboradores, 2003). La edad en que se presenta la menarquia ha disminuido desde el inicio del siglo xx (Anderson y colaboradores, 2003; Midyett y colaboradores, 2003). Sin embargo, la tasa ha descendido considerablemente en las últimas décadas, con un cambio hacia abajo de tan sólo cuatro meses en los últimos 30 años (Chumlea y colaboradores, 2003). Existen diferencias significativas en la edad de la menarquia entre los diferentes grupos étnicos de la unión americana, como se describe a continuación en el recuadro Sexualidad y diversidad.

SEXUALIDAD Y DIVERSIDAD

Diversidad étnica estadounidense en la edad de la menarquia

Un análisis reciente de los datos del estatus menstrual de una muestra estadounidense representativa de 2 510 chicas de entre ocho y 20 años encontró diferencias étnicas significativas en la edad de la menarquia (Chumlea y colaboradores, 2003). Por este estudio se obtuvieron las edades medias estimados en las cuales 10, 25,

50, 75 y 90% de la población había tenido la menarquia para cada grupo étnico: blancas, negras y latinas. Los datos, resumidos en la **tabla 12.2**, revelan que las jóvenes de raza negra comienzan a reglar antes que las de los otros dos grupos. La diferencia es significativa cuando se les compara con las blancas en niveles de edad en los que 10, 25 y 50% de las jóvenes habían empezado a menstruar. En términos de significancia estadística, sólo 25% de las latinas empezó a reglar antes que las blancas.

➔ TABLA 12.2

Edad de menarquia (en años) para percentiles seleccionados de chicas estadounidenses

	Percentil				
	10%	25%	50%	75%	60%
Edad por raza					
Blanca	11.32	11.90	12.55	13.20	13.78
Negra	10.52	11.25	12.06	12.87	13.60
Latina	10.81	11.49	12.25	13.01	13.69
Edad media	11.11	11.73	12.43	13.13	13.75

Fuente: Adaptado con permiso de "Age and Menarche and Racial Comparisons in U.S. Girls", W. Chumlea *et al.*, *Pediatrics*, vol. III, pp. 110-113. Copyright 2003.

De manera similar, la próstata y las vesículas seminales aumentan notablemente de tamaño durante la pubertad. Aunque los chicos pueden tener orgasmos durante la infancia, la eyaculación no es posible hasta que la próstata y las vesículas seminales empiezan a funcionar bajo la influencia del aumento en los niveles de testosterona. Por lo común, la primera eyaculación ocurre un año después del inicio del estirón del crecimiento, en general cerca de los 13 años, pero al igual que con la menstruación, el momento exacto es muy variable (Stein y Reiser, 1994). La aparición de los espermatozoides en el eyaculado por lo general ocurre cerca de los 14 años (Kulin y colaboradores, 1989; Wheeler, 1991). Parece haber un periodo de infertilidad al inicio de la adolescencia en hombres y mujeres después de la primera menstruación o eyaculación. Sin embargo, no se debe confiar en esto como control prenatal. En algunos varones, la producción de espermatozoides ocurre en las primeras etapas de la pubertad e incluso la primera eyaculación llega a contener espermatozoides viables (Abrahams, 1982).

Los cambios de voz causados por el aumento de la caja vocal (laringe) ocurren en ambos sexos, pero son más dramáticos en los chicos, quienes experimentan un momento difícil cuando su voz alterna entre ronquera y sonidos agudos y desapacibles. El vello facial y el axilar en ambos sexos por lo general aparecen dos años después que el vello púbico. El aumento en la actividad de las glándulas secretoras de grasas de la piel puede provocar imperfecciones faciales o acné.

Muchos de estos desarrollos físicos son fuente de preocupación u orgullo para el puberto, así como para su familia y amigos. Sentirse consciente es una reacción común y los individuos que maduran tarde o temprano adquieren esa conciencia.

También ocurren transformaciones sociales. Las amistades entre chicos y chicas a menudo cambian y los adolescentes tienden, por lo menos por un tiempo, a relacionarse sobre todo con miembros del mismo sexo. Sin embargo, esta fase no dura mucho. El periodo de la adolescencia está marcado no sólo por modificaciones físicas, sino también por cambios importantes de conducta. En las siguientes páginas estudiaremos algunas áreas importantes del comportamiento sexual del adolescente.

➤ Comportamiento sexual durante la adolescencia

La adolescencia es un periodo de exploración en el que aumenta la conducta sexual como autoestimulación y como estimulación compartida con algún compañero. Aunque gran parte de la sexualidad del adolescente es progresión de los comportamientos infantiles, la expresión sexual adquiere un nuevo significado. Veremos algunas áreas en las cuales ocurren importantes desarrollos, incluyendo el doble estándar sexual, la masturbación, las relaciones sexuales sin coito, el desarrollo de las relaciones permanentes, el coito y la homosexualidad.

El doble estándar sexual

Aunque los niños han estado aprendiendo los estereotipos del rol de género desde la infancia, el énfasis en la diferenciación de este rol a menudo aumenta durante la adolescencia. Una de las formas en que se revelan las expectativas del rol de género para hombres y mujeres es a través de la existencia de un doble estándar sexual: diferentes niveles de permisividad sexual para hombres y mujeres, casi siempre más restrictivos para estas últimas (Crawford y Popp, 2003; Greene y Faulkner, 2005; Muehlenhard y colaboradores, 2003). Como veremos en el capítulo 14, el doble estándar influye en la sexualidad masculina y femenina a lo largo de la vida. Los adolescentes sexualmente emergentes a menudo reciben y sufren todo el peso de esta creencia social polarizada. Una revisión de 30 estudios publicados desde 1980 puso de manifiesto que este doble estándar sigue influyendo en la sexualidad tanto de adolescentes como de adultos (Crawford y Popp, 2003). Sin embargo, la evidencia reunida en años recientes indica que está disminuyendo entre los adolescentes y adultos en América del Norte, en especial entre las mujeres (Baumeister, 2000; Greene y Faulkner, 2005). Sin embargo, sigue siendo un factor influyente en la vida de muchos hombres y mujeres (Crawford y Popp, 2003; Milhausen y Herold, 1999).

Como el doble estándar sigue afectando el comportamiento sexual de los adolescentes, consideremos algunas de sus posibles influencias. Para los varones, el énfasis en la sexualidad podría ser la conquista sexual. Los jóvenes que no son audaces o no han tenido experiencias íntimas son calificados con términos muy negativos como *mariquita*, *marica*, etc. Por otro lado, los amigos brindan un refuerzo social para las actitudes y comportamientos masculinos estereotipados; por ejemplo, se aprueban las conductas agresivas e independientes. Para algunos hombres jóvenes, contarle a los amigos acerca de sus encuentros sexuales es más importante que el acto sexual en sí mismo:

Mi imagen estaba en riesgo. Ahí estaba yo, bien parecido, con buen sentido del humor, atlético, fiestero, pero todavía virgen. Todos suponían que yo era un experto haciendo el amor. Yo interpretaba este papel sin lugar a dudas y siempre decía: "Sí, lo hicimos... y vaya que fue bueno." (Archivo de los autores.)

Para las jóvenes, el mensaje y las expectativas son muy diferentes. La siguiente declaración ilustra la perspectiva de una mujer desde ambos lados del doble estándar:

Siempre me pareció extraño que la sociedad promoviera la virginidad femenina pero que estuviera de acuerdo en que los chicos perdieran la suya. Provengo de una familia numerosa, donde mi hermano era el mayor de todos. Recuerdo que se decía de él que era un conquistador (él tenía 18 años). Mis padres no se molestaban, más bien parecían estar orgullosos. Pero cuando mis hermanas y yo estábamos listas para salir, nuestros padres se volvieron desconfiados. Jamás olvidaré cómo me sentí, de modo que me propuse que, si alguna vez me convertía en madre, no permitiría tal desigualdad ni haría énfasis en la virginidad femenina. (Archivo de los autores.)

Muchas chicas enfrentan un dilema. Pueden aprender a parecer sensuales para atraer a los varones y aun así experimentar la ambivalencia acerca del comportamiento sexual evidente. Si una joven se rehusara a tener relaciones íntimas, podría preocuparse de que los novios pierdan interés y dejen de invitarla a salir. Pero si accede, puede ganarse la reputación de ser “fácil”.

Masturbación

Aunque un número significativo de adolescentes no tiene relaciones sexuales antes de los 19 años, muchos se masturban. Como vimos, ésta es una expresión sexual común durante la infancia. En la adolescencia su frecuencia tiende a aumentar. La tasa de frecuencia de masturbación entre las mujeres es notablemente más baja que entre los hombres en todos los grupos de edad, incluyendo adolescentes (Leitenberg y colaboradores, 1993; Simon y Gagnon, 1998). Hacia el final de esta etapa, casi todos los varones y cerca de tres de cada cuatro mujeres se han masturbado (Coles y Stokes, 1985; Janus y Janus, 1993; Kolodny, 1980).

La autosatisfacción puede servir como una vía importante de expresión sexual en ese periodo de la vida. Además de brindar siempre una salida viable para la tensión sexual, es una excelente manera de aprender acerca del propio cuerpo y del potencial erótico. Los adolescentes pueden experimentar con diferentes maneras de darse placer y de ese modo incrementar su autoconocimiento. Esta información podrá ser de mucha utilidad durante la interacción sexual con una pareja.

Expresión sexual sin coito

Para muchas parejas, la expresión sexual sin coito constituye una forma importante como una opción de contacto íntimo. El **sexo sin coito** se refiere al roce físico erótico que incluye besos, abrazos, caricias, estimulación manual o estimulación oral-genital, pero excluye la penetración. *Los mimos, las caricias y los juegos apasionados* (“fajes”) son otras expresiones de sexo sin coito. Quizás uno de los cambios más notables en el patrón de comportamiento de sexo sin coito en los adolescentes es el sexo oral. Varios estudios recientes muestran que la incidencia de la estimulación oral-genital en este grupo ha aumentado sobremanera (Mosher, 2005; Halpern-Felsher y colaboradores, 2005). Un sondeo nacional reportó que más de la mitad de los adolescentes encuestados había tenido sexo oral, que cerca de uno de cada cuatro que no había tenido coito lo había experimentado, y entre aquellos que habían llegado al coito, 83% de las mujeres y 88% de los hombres informaron haber experimentado el sexo oral (CDC National Center for Health Statistics, 2006).

Muchos adolescentes consideran que esta variante es más aceptable durante una cita y significativamente menos riesgosa que el coito en cuanto a las consecuencias de salud, sociales y emocionales (Halpern-Felsher y colaboradores, 2005). Por desgracia, parecen no estar conscientes de los riesgos sanitarios potenciales asociados con el sexo oral, incluyendo la transmisión de enfermedades como el VIH/sida, el herpes genital y la gonorrea (véase el capítulo 15).

Para algunos jóvenes, el sexo sin coito es muy valioso porque brinda la oportunidad de tener intimidad sexual sin perder técnicamente la virginidad. Sin embargo, la simple noción de virginidad es problemática por muchas razones. La más importante, definirla como la ausencia de un simple acto (el coito), perpetúa la creencia de que el “sexo real” es igual a la unión pene-vagina y que la virginidad sólo atañe al coito heterosexual. ¿Y entonces qué pasa con las lesbianas, los gays y los heterosexuales que no han tenido cópula pero que sí han experimentado otras formas de comportamiento sexual, como la masturbación mutua, la estimulación oral-genital, oral-anal, pene-ano y genital-genital? ¿Son todos estos individuos “técnicamente vírgenes”? ¿Qué pasa con las mujeres cuya única experiencia con penetración del pene ocurrió durante un acto de violación? ¿Ya no son vírgenes a pesar de su falta de consentimiento?

Sexo sin coito Contacto físico que incluye besos, caricias y estimulación manual u oral, pero sin coito.

La sola idea de que la gente puede tener casi todas las formas de interacción sexual menos una y seguir siendo virgen parece ser un concepto cuestionable (¿anticuado?). Quizás sea tiempo de modernizar un término que está cargado de valor y exclusividad.

Relaciones sexuales permanentes

A pesar del persistente doble estándar, los datos indican que las experiencias sexuales tempranas, con o sin coito, tienden más a ser compartidas dentro del contexto de una relación permanente de lo que fueron en los tiempos de Kinsey. Estudios realizados en Estados Unidos muestran que en la adolescencia el porcentaje de individuos involucrados en relaciones románticas se duplica de 30-36% al inicio de la adolescencia a 67-72% al final de ésta (Overbeek y colaboradores, 2003). Además, los adolescentes contemporáneos tienden a ser sexualmente íntimos con alguien a quien aman o con quien se sienten unidos por motivos emocionales (Laumann y colaboradores, 1994; Overbeek y colaboradores, 2003). Asimismo, los cambios notables en las actitudes y los comportamientos de ambos sexos están disminuyendo la separación de los géneros. Las chicas parecen sentirse más cómodas teniendo relaciones sexuales con alguien hacia quien sienten afecto, que manteniendo la creencia de que tienen que “cuidarse” para una relación amorosa. Al mismo tiempo, los varones están cada vez más inclinados a ser sexualmente activos dentro de una relación afectiva o amorosa, más que a tener sexo casual o con un extraño, lo que antes era típico de los hombres adolescentes (Laumann y colaboradores, 1994; Sprecher y McKinney, 1993). Sin embargo, las relaciones sexuales casuales por “ligue” (véase el capítulo 7) también son más o menos comunes entre este grupo de edad (George y colaboradores, 2006).



© Vincent Besnault/Getty Images

Muchos adolescentes forman relaciones afectivas con otros.

Relaciones sexuales (coito)

Una estadística muy citada en los estudios sexuales es el número de personas en una categoría dada que han tenido relaciones sexuales premaritales. Como estadística en las encuestas sobre el tema, el “sexo premarital” está definido como el coito pene-vagina que se lleva a cabo entre parejas antes del matrimonio. Sin embargo, el término *sexo premarital* puede causar confusión por dos razones. Primero, usado con frecuencia como una medida para indicar el cambio de los valores morales o sexuales de la juventud estadounidense, excluye una gran cantidad de actividades sin coito heterosexuales y homosexuales. Para algunas personas, abstenerse del coito antes del matrimonio podría no reflejar la falta de actividad sexual. Segundo, el término *premarital* tiene connotaciones que pueden parecer muy inapropiadas para algunos individuos:

Odio esas encuestas con preguntas como: “¿Has tenido coito premarital?” ¿Qué pasa con los que queremos permanecer solteros? ¿Significa que seguiremos teniendo sexo premarital durante toda nuestra vida? Me opongo a la connotación de que el matrimonio sea el último estado que se supone que todos debemos alcanzar. (Archivo de los autores.)

Debido a estas limitaciones, evitamos usar el término *sexo premarital* de aquí en adelante. Ahora veremos algunos de los datos disponibles de sexo con coito durante la adolescencia; luego examinaremos dos temas relacionados: el embarazo adolescente y el uso de anticonceptivos.

➔ TABLA 12.3

Porcentaje de adolescentes que reportaron haber tenido coito a los 19 años

Estudio	Mujeres	Hombres
Kinsey y colaboradores (1948, 1953)	20	45
Sorenson (1973)	45	59
Zelnick y Kantner (1977)	55	No hubo hombres en la encuesta
Zelnick y Kantner (1980)	69	77
Mott y Haurin (1988)	68	78
Forrest y Singh (1990)	74	No hubo hombres en la encuesta
Sonenstein y colaboradores (1991)	No hubo mujeres en la encuesta	79
Centers for Disease Control (1996)	66 ^a	67 ^a
Centers for Disease Control (2000b)	66 ^a	64 ^a
Centers for Disease Control (2002c)	60 ^a	61 ^a
Centers for Disease Control (2006)	62 ^a	64 ^a

^aPorcentajes que reportaron haber tenido coito para el último año de la preparatoria (generalmente a los 17 o 18 años).

Incidencia de coito en adolescentes

Aunque muchos adolescentes contemporáneos no han tenido coito, los resultados de 11 encuestas en el ámbito nacional revelan una fuerte tendencia al alza en esta experiencia entre adolescentes desde la década de 1950 hasta la de 1970 (➔ tabla 12.3). Los resultados de los estudios más recientes sugieren que esta tendencia hacia arriba se ha estabilizado y que incluso ha descendido en las últimas dos décadas. Los datos de las encuestas nacionales sobre comportamientos de riesgo de los años 1991, 1995, 1999, 2001 y 2005, presentados en la ➔ tabla 12.4, indican que de 1991 a 2005 el porcentaje de estudiantes de preparatoria en Estados Unidos que habían tenido coito descendió ligeramente en todos los años escolares. La prevalencia del uso de condón entre este sector aumentó un poco durante este periodo de 10 años.

La evidencia indica que la nivelación en las tasas de coito entre adolescentes no ha sido tan pronunciada entre los más jóvenes en este grupo de edad. Los datos de algunos estudios indican que en las últimas décadas ha habido una tendencia a experimentar el primer coito a una edad más temprana en ambos sexos en todos los grupos étnicos (Centers for Disease Control, 2002c, 2004; Cooksey y colaboradores, 2002; O'Donnell y colaboradores, 2003). Sin embargo, éstos reportan diferencias en cuanto a sus experiencias de sexo en la adolescencia. Estas diferencias se describen en el siguiente recuadro de sexualidad y diversidad.

➔ TABLA 12.4

Porcentaje de estudiantes de preparatoria en Estados Unidos que reportaron comportamientos sexuales de riesgo, 1991-2005

Año escolar	Año de la encuesta	Nunca tuvieron sexo (%)	Cuatro o más compañeros sexuales durante su vida (%)	Sexualmente activo en la actualidad (%)	Uso de condón en la relación sexual más reciente (%)
9	1991	39.0	12.5	22.4	53.3
	1995	36.9	12.9	23.6	62.9
	1999	38.6	11.8	26.6	66.6
	2001	34.4	9.6	22.7	67.5
	2005	34.3	9.4	21.9	74.5
10	1991	48.2	15.1	33.2	46.3
	1995	48.0	15.6	33.7	59.7
	1999	46.8	15.6	33.0	62.6
	2001	40.8	12.6	29.7	60.1
	2005	42.8	11.5	29.2	65.3
11	1991	62.4	22.1	43.3	48.7
	1995	58.6	19.0	42.4	52.3
	1999	52.5	17.3	37.5	59.2
	2001	51.9	15.2	38.1	58.9
	2005	51.4	16.2	39.4	61.7
12	1991	66.7	25.0	50.6	41.4
	1995	66.4	22.9	49.7	49.5
	1999	64.9	20.6	50.6	47.9
	2001	60.5	21.6	47.9	49.3
	2005	63.1	21.4	49.4	55.4

Fuente: Adaptado de Centers for Disease Control (1998, 2000b, 2000c, 2002c, 2006).

Diversidad étnica estadounidense en las experiencias sexuales de los adolescentes

Varios estudios han reportado de manera consistente que los adolescentes negros tienden más a tener coito que sus pares blancos o latinos (Centers for Disease Control, 2002c, 2006; McBride y colaboradores, 2003; O'Donnell y colaboradores, 2003). Por ejemplo, un estudio nacional reciente dio a conocer que los estudiantes negros del último año de preparatoria tenían mucho más tendencia que los latinos y blancos del mismo año a experimentarlo (Centers for Disease Control, 2006). Los hallazgos de esta investigación, resumidos en la **tabla 12.5**, también revelaron que los jóvenes negros tendían a tener sus primeras experiencias con coito a una edad más temprana que los latinos o blancos.

➔ TABLA 12.5 Grupos étnicos y porcentaje de adolescentes que reportaron haber tenido relaciones sexuales

	Hombres			Mujeres			Hombres y mujeres combinados		
	Blancos (%)	Negros (%)	Latinos (%)	Blancos (%)	Negras (%)	Latinas (%)	Blancos (%)	Negros (%)	Latinos (%)
En sexto año	42.2	74.6	57.6	43.7	61.2	44.4	43.0	67.6	51.0
Antes de los 13 años	5.0	26.8	11.1	2.9	7.1	3.6	4.0	16.5	7.3

Fuente: Centers for Disease Control (2006)

Estas diferencias étnicas en las experiencias sexuales de los adolescentes podrían estar relacionadas más con el estatus económico que con la etnia. La pobreza es un factor de pronóstico importante de actividad sexual en este grupo de edad (Kissinger y colaboradores, 1997; Singh y Darroch, 2000). Los pertenecientes a los segmentos menos adinerados de la sociedad norteamericana tienden más a tener actividad sexual que aquellos de los sectores más adinerados, y en general los negros y los latinos tienen menos recursos económicos que los blancos. Además, estudios recientes indican que los adolescentes negros criados en hogares de nivel económico alto tienden más a abstenerse del coito que sus contrapartes más pobres (Leadbeater y Way, 1995; Murry, 1996).

Así como existen variaciones entre los grupos étnicos con respecto al sexo entre adolescentes, así también las hay muy notables en todas las naciones, como se describe en el siguiente recuadro de Sexualidad y diversidad.

Comportamiento sexual de adolescentes en países desarrollados

En 2001 y 2002 la Organización Mundial de la Salud (OMS) patrocinó la aplicación de la encuesta Health Behaviors in School-Aged Children, que fue realizada en muestras nacionales de adolescentes de muchos países. Los datos de las respuestas a cuatro preguntas de la encuesta se muestran en la **tabla 12.6**. (Para comparar, hemos incluido datos obtenidos de la Encuesta Nacional sobre Comportamientos de Riesgo, representativa de los adolescentes en Estados Unidos.)

Nación	Nunca tuvieron relaciones sexuales: individuos de 15 años (%)		Edad de la primera relación sexual: individuos de 15 años		Usaron condón en la relación sexual más reciente: individuos de 15 años (%)		Usaron anticonceptivos en la relación sexual más reciente: individuos de 15 años (%)	
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
Alemania	22.5	33.5	13.7	14.2	75.6	64.4	87.8	94.9
Austria	22.1	19.1	13.5	13.6	84.8	78.9	90.2	93.0
Bélgica – flamenco	26.3	23.7	14.0	14.2	81.3	59.7	90.5	89.6
Bélgica – francés	34.4	23.2	13.7	14.0	78.1	64.8	82.2	81.5
Canadá	24.7	24.0	13.9	14.2	79.8	71.7	86.8	85.5
Croacia	23.2	9.7	14.0	14.5	75.2	73.1	76.7	74.6
Escocia	32.9	34.6	14.0	14.0	76.2	63.4	81.2	73.8
Eslovenia	30.8	21.6	14.1	14.4	80.4	67.6	89.2	83.3
España	18.0	14.8	14.2	14.5	89.1	89.1	89.8	90.6
Estados Unidos	36.5	30.6	13.7	14.1	69.0	60.2	89.3	83.0
Finlandia	23.0	33.1	14.1	14.2	72.6	58.6	88.2	86.0
Francia	26.1	18.3	13.5	13.9	87.0	77.0	92.1	92.6
Gales	28.7	40.1	14.3	14.3	75.2	63.6	82.4	84.8
Grecia	33.6	9.6	14.3	14.6	91.2	82.5	91.2	82.5
Hungría	25.5	16.4	14.1	14.4	84.5	71.8	84.5	72.5
Inglaterra	35.7	40.4	14.0	14.1	69.6	70.8	80.4	87.5
Israel	32.4	9.7	14.3	14.7	89.3	73.6	91.7	77.4
Letonia	21.8	14.1	14.2	14.4	81.0	77.3	86.9	84.0
Lituania	26.4	10.8	13.5	13.6	82.2	70.4	88.1	81.6
Países Bajos	24.2	21.6	13.8	14.0	83.3	72.4	92.4	97.0
Polonia	20.9	9.2	14.1	14.7	73.4	72.5	73.4	72.5
Portugal	30.2	20.3	13.7	14.8	68.5	77.8	74.8	82.7
Suecia	25.3	30.9	13.7	13.8	72.9	57.6	92.2	90.5
Suiza	25.1	20.6	14.0	14.5	78.3	83.0	87.3	95.2
Ucrania	47.2	24.0	14.5	14.9	83.7	59.2	85.0	62.5

Fuente: Adaptado de Ross et al. (2004)

Los porcentajes de chicos de 15 años que reportaron haber experimentado el coito varió de 20.9 (Polonia) a 47.2 (Ucrania). Los índices comparables para chicas de 15 años variaron de 9.2 (Polonia) a 40.4% (Inglaterra). La edad promedio del primer coito en chicos de 15 años que reportaron haber vivido esa experiencia varió de 13.5 (Austria, Francia y Lituania) a 14.5 (Ucrania). Las cifras comparables para las chicas variaron desde 13.6 (Austria y Lituana) hasta 14.9 (Ucrania).

Los porcentajes de varones sexualmente activos que informaron haber usado condón la última vez que tuvieron coito variaron desde 68.5 (Portugal) hasta 91.2 (Grecia); para las mujeres los porcentajes oscilaron entre 58.6 (Finlandia) y 89.1 (España). Por último, la proporción de varones sexualmente activos que reportaron el uso de por lo menos un método anticonceptivo (incluido pero no limitado al condón y a los métodos orales) durante su encuentro más reciente varió desde 73.4 (Polonia) hasta 92.4 (Países Bajos); para las mujeres los índices fueron desde 62.5 (Ucrania) hasta 95.2% (Suiza).

La tendencia de ambos sexos a tener coito a más temprana edad es una fuente de preocupación para muchos científicos sociales y profesionales de la salud. Numerosos estudios han ligado la cópula prematura con un aumento en el riesgo de problemas de salud, incluyendo embarazos accidentales, la probabilidad de exposición al VIH/sida y a otras enfermedades de transmisión sexual, así como un mayor número de compañeros sexuales a lo largo de la vida (Ashby y colaboradores, 2006; Donenberg y colaboradores, 2003; Sieving y colaboradores, 2006).

Razones para tener coito en la adolescencia

Muchas condiciones motivan a los adolescentes a tener coito. Una producción acelerada de hormonas sexuales, especialmente testosterona, aumenta el deseo y la excitación sexuales en ambos sexos. Algunos adolescentes están motivados por la curiosidad y una sensación de “estar preparado” para tenerlo. Cerca de la mitad de los hombres y una cuarta parte de las mujeres en la NHSLs reportaron que su razón principal para tener su primer experiencia fue la curiosidad y el sentirse listos para el sexo (Laumann y colaboradores, 1994). Muchos consideran el coito como una expresión natural de afecto o amor (Sprecher y McKinney, 1993). Casi la mitad de las mujeres y una cuarta parte de los hombres que respondieron a la NHSLs reportaron que el afecto por su pareja fue la principal razón para tener su primer cópula (Laumann y colaboradores, 1994). Otras razones que expresan los adolescentes son: tener un acercamiento al comportamiento adulto, presión de grupo, presión de la pareja actual y un sentido de obligación con un compañero leal (Lammers y colaboradores, 2000; Rosenthal y colaboradores, 1999).

Factores que predisponen a los adolescentes al coito temprano o tardío

Los investigadores han identificado varios factores que parecen predisponer a los adolescentes a tener coito a muy temprana edad o a posponerlo hasta que son mayores. Se sabe que varios factores psicológicos influyen fuertemente para el contacto temprano. Entre ellos se encuentran: la pobreza, los conflictos familiares o divorcio, vivir con un solo padre o en familias reconstituidas, la escasa educación de los progenitores, la falta de supervisión de los padres, el abuso de sustancias (especialmente alcohol), baja autoestima y una sensación de desesperanza (Hingson y colaboradores, 2003; McBride y colaboradores, 2003; O'Donnell y colaboradores, 2006; Regnerus y Luchies, 2006). Otros factores predisponentes que han sido identificados son el pobre rendimiento escolar y las bajas expectativas educativas (Lammers y colaboradores, 2000; Steele, 1999); tolerancia al comportamiento antisocial y asociación con grupos de delincuentes (French y Dishion, 2003; Rosenthal y colaboradores, 1999); exposición a un alto contenido sexual en televisión (Ashby y colaboradores, 2006; Collins y colaboradores, 2005), y haber sido víctima de abuso sexual (molesto o violado) (Boyer y Fine, 1992; Lammers y colaboradores, 2000). Además, las adolescentes que tienen una pareja varios años mayor que ellas tienden más a tener coito que aquellas cuyo compañero es de la misma edad (Kaestle y colaboradores, 2002).

Las investigaciones también han mostrado características y experiencias de adolescentes que prefieren retrasar el coito. Algunos estudios sugieren que la creencia sólida en una religión, la asistencia regular a los servicios religiosos y la interconectividad espiritual con otros amigos disminuyen la probabilidad de adelantar esta experiencia (Bancroft y colaboradores, 2003; Holder y colaboradores, 2000). Algunos investigadores han encontrado que el hecho de que el individuo perciba que su madre desapruueba el coito entre adolescentes y la relación satisfactoria con ella están asociados de manera positiva con la abstinencia sexual o con una menor actividad sexual (Althaus 1994; Jaccard y colaboradores, 1996). Los hallazgos de una encuesta nacional revelaron que la aparición tardía de la pubertad, la desapro-



Pensamiento crítico

Suponga que usted es el padre de un adolescente que le pregunta: “¿Cómo sabré cuándo debo tener sexo?” ¿Qué le respondería y por qué?

bación de los padres al coito en esta edad, las buenas calificaciones escolares y las fuertes creencias religiosas estaban asociadas con la postergación de la experiencia (Resnick y colaboradores, 1997). Otra encuesta con 26 000 estudiantes que cursaban los grados 7° al 12° encontró que entre los factores asociados de manera significativa con la posposición de esta práctica estaban un estatus socioeconómico alto, el buen desempeño escolar, grandes expectativas de los padres y la creencia del adolescente de que había uno o más adultos que se preocupaban por él (Lammers y colaboradores, 2000). Otros estudios también encontraron un vínculo positivo entre el retraso de la aparición de la actividad sexual entre adolescentes y una relación y comunicación padre-hijo de calidad (Dittus y Jaccard, 2000; Karofsky y colaboradores, 2000; Regnerus y Luchies, 2006). Por último, un análisis de los datos obtenidos de un estudio nacional de 12 000 adolescentes de los grados 7° al 12° encontró una fuerte asociación entre una mayor inteligencia y la postergación del coito (Halpern y colaboradores, 2000).

Homosexualidad

Varios estudios indican que de 6 a 11% de las mujeres y de 11 a 14% de los hombres reportan haber tenido contacto con el mismo sexo en sus años de adolescencia (Haffner, 1993; Hass, 1979). La mayoría ocurrió no con adultos mayores, sino entre coetáneos. Estos datos, o el comportamiento que describen, no reflejan por completo su orientación posterior. El contacto con el mismo sexo con la intención de excitación sexual puede ser experimental y transitorio, o expresión de una orientación sexual para toda la vida. Muchos gays y lesbianas adolescentes no actúan conforme a sus sentimientos sexuales sino hasta la edad adulta, y muchas personas con orientación heterosexual tienen una o más experiencias homosexuales tempranas.

Los adolescentes gays, lesbianas y bisexuales a menudo encuentran reacciones sociales adversas a su orientación sexual. En consecuencia, para ellos podría ser particularmente difícil sentirse a gusto con su sexualidad en desarrollo. A diferencia de muchas otras culturas en la comunidad mundial, la sociedad estadounidense no se destaca por acoger el hecho de la sexualidad de los adolescentes, ni siquiera la heterosexualidad asumida de sus jóvenes. Por lo tanto, los adolescentes estadounidenses que son dispares con el guión heterosexual pueden experimentar una doble censura social, por su orientación y por ser sexualmente activos.

Para la mayoría de los adolescentes gays, lesbianas y bisexuales el proceso de reconciliar su sexualidad con las expectativas de sus amigos y padres puede ser difícil y a menudo doloroso, y crear problemas severos, incluyendo altos índices de depresión, abuso de sustancias e intentos de suicidio (Harrison, 2003; Rienzo y colaboradores, 2006). No ser “parte del grupo” llega a ser emocionalmente doloroso para quienes a menudo son despreciados por sus amigos. Los adolescentes sospechosos de ser homosexuales por lo general son objeto de burlas, humillaciones, acoso sexual o agresiones físicas (Harrison, 2003; Williams y colaboradores, 2005). Muchos gays y lesbianas no pueden hablar con apertura con sus padres acerca de su orientación sexual. Aquellos que lo hacen a menudo son repudiados emocional (o físicamente) por sus progenitores (Dempsey, 1994; Frankowski, 2004), y abandonan su casa por voluntad u obligación, debido a que éstos no aceptan su sexualidad. Otros incluso llegan a experimentar violencia antigay a manos de los miembros de la familia (Hunter, 1990; Safren y Heimberg, 1999). Además de ser víctimas de la violencia, para los jóvenes con orientación homosexual resulta difícil encontrar a alguien con quien compartir sus preocupaciones o que le sirva como guía (Safren y Heimberg, 1999). Padres, sacerdotes, médicos y maestros por lo general son incapaces de brindar apoyo o ayuda constructivos. Además, una sociedad que teme y censura las orientaciones hacia el mismo sexo tradicionalmente ha brindado pocos modelos positivos para los adolescentes gays, lesbianas y bisexuales.



Palabras para consultar
en InfoTrac

● Homosexualidad adolescente



Adolescentes que se manifiestan en la sexta Marcha anual por el Orgullo Gay y Heterosexual Juvenil en Boston. Miles de jóvenes que participaron en el evento exigieron respeto y declararon que su sexualidad es asunto de ellos.

AP

Es evidente, a partir de este breve análisis, que es común que los adolescentes gays, lesbianas y bisexuales estadounidenses deban lograr la autoaceptación de su orientación sexual en un contexto de fuertes presiones sociales que les exige no aceptar o no actuar con esa orientación, una tarea nada envidiable. Por fortuna, en algunos países se han ido admitiendo poco a poco los comportamientos que se apartan del guión dominante de conductas sexuales y de género. La información acerca de la homosexualidad está cada vez más disponible como un apoyo para las personas con inclinación hacia el mismo sexo. Por ejemplo, muchas universidades y algunas escuelas preparatorias en Estados Unidos ahora brindan un ambiente de mayor aceptación para el establecimiento de grupos de apoyo para estudiantes gays y lesbianas. En todo el país existen cientos de alianzas entre gays y heterosexuales en escuelas preparatorias. Son clubes compuestos tanto por estudiantes heterosexuales como homosexuales que se reúnen para intercambiar información, brindarse apoyo unos a otros y diseñar estrategias para cambiar las actitudes antihomosexuales en sus escuelas (Ness, 2000a). Aunque el establecimiento de estos grupos de apoyo es un buen avance, los estudios indican que los distritos escolares estadounidenses siguen estando muy retrasados en la satisfacción de las necesidades de los jóvenes con una orientación sexual diferente de la común (Rienzo y colaboradores, 2006).

Las salas de *chat* en Internet y los grupos de discusión suelen ser de mucha utilidad para encontrar apoyo e información constructiva para adolescentes gays, lesbianas y bisexuales. Además, en años recientes la homosexualidad se ha hecho más visible y es vista de forma más positiva a la luz de los medios de comunicación. Varias celebridades prominentes del espectáculo y del deporte han aceptado abiertamente su orientación sexual y ahora son modelo de roles potenciales. (Véase el capítulo 9 para mayor información acerca de la homosexualidad, y los medios de comunicación y la comunidad gay en Internet). Esperamos que la aceptación social de esta inclinación, junto con modelos de rol y comentarios más positivos en los medios, ayuden a hacer que los años de adolescencia sean más fáciles para aquellos con orientación homosexual.

El efecto del VIH/sida en el comportamiento sexual de los adolescentes

Muchos profesionales de la salud se preocupan porque los adolescentes estadounidenses estén infectados con el VIH, el virus que causa el sida (Feroli y Burstein, 2003; Murphy y colaboradores, 2003; Rosengard y colaboradores, 2005). Los porcentajes más elevados de casos en Estados Unidos ocurren entre personas de entre 20 y 30 años que adquieren el virus durante su adolescencia, (Centers for Disease Control, 2006a). A los menores de 25 años corresponde la mitad de los nuevos casos de infección del VIH/sida (Adams y Rust, 2006; Nguyen y colaboradores, 2006).

Varias encuestas han mostrado que la mayoría de los adolescentes en Estados Unidos está familiarizado con los aspectos básicos del sida y está consciente de las actividades de alto riesgo que pueden llevar a la transmisión del VIH. Por desgracia, aunque muchos adolescentes conocen los aspectos básicos de la pandemia, este conocimiento no ha producido cambios de comportamiento en muchos de ellos. Varios estudios de jóvenes universitarios y en edad escolar sugieren que debido a que muchos no creen estar en riesgo, no modifican su comportamiento sexual para evitar contraerlo (Feroli y Burstein, 2003; Lynch y colaboradores, 2000).

La noción de “fábula personal” (Elkind, 1967) es relevante para la consideración del riesgo que corren los adolescentes y su comportamiento sexual. Los chicos son muy susceptibles a un tipo de egocentrismo cognitivo, un patrón de creencia ilusoria en que se ven a ellos mismos como invulnerables e inmunes a las consecuencias de un comportamiento peligroso y riesgoso (Feroli y Burstein, 2003; Hillis, 1994; Murstein y Mercy, 1994). Así, muchos siguen teniendo comportamientos sexuales de alto riesgo no porque desconozcan la existencia del VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual, sino porque tienen la falsa creencia de que para ellos el riesgo de sufrir consecuencias negativas es nulo o muy bajo (Feroli y Burstein, 2003; Ku y colaboradores, 1993).

Los comportamientos que ponen a los jóvenes en riesgo de contraer sida son: tener coito sin condón; consumir alcohol, cocaína y otras drogas que alteran el juicio, reducen el control y aumentan la probabilidad de actividad sexual peligrosa; compartir agujas con otros usuarios de drogas intravenosas; exponerse a múltiples parejas sexuales, y aceptar parejas sexuales de forma indiscriminada (Dittman, 2003; Dunn y colaboradores, 2003; Hingson y colaboradores, 2003). La tendencia continua hacia una edad más temprana del primer coito es preocupante debido a que quienes han iniciado su actividad sexual a los 15 años tienden significativamente a tener más parejas sexuales durante su vida que aquellos que inician sus relaciones eróticas a una edad más tardía (McBride y colaboradores, 2003; O'Donnell y colaboradores, 2003). (La exposición a múltiples parejas sexuales es un comportamiento de alto riesgo, como se trata en el capítulo 15.) ■

Con la creciente conciencia de que las mujeres adolescentes corren riesgo de contraer VIH/sida (y otras enfermedades de transmisión sexual), muchos orientadores clínicos familiares recomiendan a sus pacientes, incluso a aquellas que utilizan píldoras de control natal, que usen condones para protegerse contra las enfermedades de transmisión sexual. Por desgracia, esta recomendación a menudo es ignorada por muchas razones. Muchas jóvenes y sus parejas no quieren lidiar con la pequeña inconveniencia de los condones cuando piensan que ya están protegidas de manera adecuada contra un embarazo no deseado (Ott y colaboradores, 2002). Un estudio reciente con 436 adolescentes sexualmente activos encontró que el uso del condón entre los que usaban píldoras de control natal era mucho más bajo que entre quienes no usaban anticonceptivos orales (Ott y colaboradores, 2002).

Por último, muchos adolescentes heterosexuales que usan condón cuando tienen coito vaginal no lo usan cuando practican el sexo anal (Baldwin y Baldwin, 2000). Éste, como veremos en el capítulo 15, es uno de los comportamientos sexuales más riesgosos asociado con la transmisión del VIH/sida.



Salud sexual

► Embarazo en la adolescencia

La incidencia de embarazos en adolescentes ha descendido un poco en Estados Unidos (American Academy of Pediatrics, 2006; CDC National Center for Health Statistics, 2005). Sin embargo, la todavía alarmante elevada tasa de concepción en esta etapa de la vida continúa siendo una preocupación social urgente. Entre las naciones industrializadas de Occidente, la unión americana tiene el índice más elevado de embarazos en adolescentes (American Academy of Pediatrics, 2006). Cada año, cerca de 900 000 adolescentes solteras, es decir, una de cada cinco de este grupo poblacional, queda embarazada (American Academy of Pediatrics, 2006; Sieving y colaboradores, 2006). Esta tasa es cuatro veces más alta que en naciones de Europa occidental, aunque los niveles de edad en la actividad sexual en estos países son comparables con los de Estados Unidos (Davtyan, 2000; SIECUS Fact Sheet, 2003). Este hallazgo da pie a preguntarse si los chicos utilizan poco o mal la anticoncepción. Analizaremos este tema en una sección posterior de este capítulo.

De casi un millón de embarazos en adolescentes que ocurren cada año en Estados Unidos, cerca de 51% tienen como resultado nacimientos vivos, 35% son abortos inducidos y 14% abortos espontáneos (American Academy of Pediatrics, 2006).



© David Young-Wolff/PhotoEdit

Consecuencias negativas del embarazo en adolescentes

Las estadísticas citadas de embarazos en adolescentes representan mucho sufrimiento humano. Es más probable que una gestante adolescente tenga complicaciones físicas que una mayor de 20 años. Estas complicaciones son anemia, toxemia, hipertensión, hemorragia, aborto espontáneo e incluso la muerte (American Academy of Pediatrics, 2006).

Las adolescentes embarazadas también corren un alto riesgo de padecer enfermedades de transmisión sexual debido a que dejan de usar el condón, pues ya no les es necesario para prevenir el embarazo. Las investigaciones indican que entre 8 y 30% de las adolescentes embarazadas sexualmente activas usan condón consistentemente durante el coito (Byrd y colaboradores, 1998; Niccolai y colaboradores, 2003). Estos hallazgos son preocupantes debido a que el aumento de la susceptibilidad a las enfermedades de transmisión sexual que ocurre durante la gestación puede tener consecuencias de salud negativas tanto para la joven madre como para el bebé.

El embarazo no intencional en una adolescente y la decisión de quedarse con el bebé a menudo tienen un efecto negativo grave en su educación y en sus recursos económicos (American Academy of Pediatrics, 2006; Shearer y colaboradores, 2002). Aunque en la actualidad es ilegal expulsar de las escuelas públicas a las jóvenes que están embarazadas y a las que ya son madres, un gran número abandona los estudios y muchas nunca los retoman (Cassell 1002; Marx y Hopper, 2005). Las chicas que se enfrentan a la carga del cuidado del bebé y a las limitaciones de un nivel educativo bajo a menudo son subempleadas o desempleadas y dependen de las agencias de servicio social (Paukku y colaboradores, 2003a; Shearer y colaboradores, 2002). Además, el bajo nivel de estudios y las limitadas habilidades laborales obstaculizan los esfuerzos de estas jóvenes madres para obtener la independencia económica a medida que transcurre su adolescencia.

Cada año, alrededor de 900 000 mujeres estadounidenses solteras quedan preñadas. Muchas pasan privaciones por el embarazo.

El efecto negativo del embarazo en esta etapa de la vida se refleja también en la vida de los niños. La preparación que las adolescentes tienen como madres a menudo es de menor calidad que la de las adultas (Coley y Chase-Lansdale, 1998; Stier y colaboradores, 1993). Además, los hijos de adolescentes corren mayor riesgo de padecer problemas físicos, cognitivos y emocionales (Meschke y colaboradores, 2000; Shearer y colaboradores, 2002). También tienen mayor probabilidad de mostrar déficit en la capacidad intelectual y en el desempeño escolar (American Academy of Pediatrics, 2006; Shearer y colaboradores, 2002).

Uso de anticonceptivos

A pesar del estrés físico, económico, de estilo de vida y emocional del embarazo y la maternidad, y a pesar de la disponibilidad del control natal hoy en día, numerosos adolescentes estadounidenses sexualmente activos no utilizan anticonceptivos de manera constante o eficaz (CDC National Center for Health Statistics, 2005). Además, muchos no los emplean en sus primeras experiencias (CDC National Center for Health Statistics, 2005; Lance, 2004). Casi la mitad de los adolescentes sexualmente activos que participaron en una encuesta reciente reportó no haber usado condón durante su experiencia sexual más reciente (American Academy of Pediatrics, 2006).

En una nota más positiva, una muestra nacional representativa de jóvenes y adultos estadounidenses, la Encuesta Nacional sobre el Desarrollo Familiar, encontró que los adolescentes actuales tienden más a usar anticonceptivos que su contraparte hace una o dos décadas atrás (CDC National Center for Health Statistics, 2005). Mientras que es estimulante ver esta tendencia al alza, es preocupante que dicha encuesta también haya revelado que muchos jóvenes no están informados acerca de las opciones de control natal. El problema de la ignorancia está compuesto por la proliferación de programas de educación sexual en las escuelas de Estados Unidos que sólo hablan acerca de la abstinencia, que la enseñan como la única opción para prevenir el embarazo y no presentan información positiva alguna sobre métodos anticonceptivos eficaces (Alan Guttmacher Institute, 2006). Una tercera parte de los adolescentes que participaron en esa encuesta informó no haber recibido educación formal acerca de ningún tipo de control prenatal. Por supuesto, la falta de conocimiento o la información errónea acerca de la seguridad, la eficacia y los efectos secundarios de varios métodos anticonceptivos puede reducir en forma significativa la inclinación de los chicos hacia el control natal. Analizaremos más adelante la educación sexual escolar basada en sólo la abstinencia.

Muchos adolescentes buscan consejo acerca del control natal meses después de haber iniciado su vida sexual activa, y algunos nunca lo hacen. La información equivocada acerca de los posibles riesgos de salud asociados con algunos métodos anticonceptivos, el temor al examen pélvico, la vergüenza asociada con buscar o comprar dispositivos anticonceptivos y la preocupación acerca de la confidencialidad evitan que pidan orientación al respecto (Alan Guttmacher Institute, 2006; Iuliano y colaboradores, 2006; Jones y colaboradores, 2005). La confidencialidad puede ser un problema importante para los adolescentes, quienes a menudo sólo hablan de su sexualidad y de sus necesidades anticonceptivas con su médico cuando saben que estas conversaciones son de carácter privado. Muchos no utilizan las clínicas de planificación familiar porque temen ser descubiertos por sus padres. Un análisis reciente de datos obtenidos de 79 clínicas de planificación familiar en Estados Unidos reveló que uno de cada cinco adolescentes tendría relaciones sexuales sin seguridad (usaría el método del ritmo, practicaría el coito interrumpido o no recurriría a los anticonceptivos) si fuera legalmente obligatorio que tuviera que notificar a sus padres antes de que pudiera recibir prescripciones de control natal (Jones y colaboradores, 2005). Entre aquellos cuyos padres ignoraban sus visitas a las clínicas, 70% afirmó que dejaría de acudir a los servicios médicos si fuese necesario notificarlo a sus padres.

Se ha encontrado que varios factores o atributos personales están asociados con el uso, o la falta de él, del control natal entre los adolescentes. Las chicas que sostienen relaciones menos estables y aquellas que tienen encuentros sexuales menos frecuentes tienden a usar de manera ineficaz los anticonceptivos (Glei, 1999; Klein, 2005). Además, las de 17 años o menores cuyas parejas son más de tres años mayores que ellas tienden menos a usar control natal que sus amigas que tienen parejas de edad similar (Manlove y colaboradores, 2004; Marin y colaboradores, 2006). Tener una pareja mayor puede traer como resultado menor poder en una relación sexual y menor control sobre las decisiones acerca de los anticonceptivos (Manlove y colaboradores, 2004, p. 265). Los adolescentes que inician su actividad sexual a una edad temprana tienden menos a usar anticonceptivos que sus amigos que postergan el coito, y los estudios han revelado una relación inversa entre la tasa de embarazos y la edad del primer coito (Lagana, 1999). Los adolescentes sexualmente activos también se inclinan más a tener relaciones sin protección si el coito ocurre después de haber ingerido alcohol (Hingson y colaboradores, 2003; LaBrie y colaboradores, 2005). Por último, muchas jóvenes que practican las relaciones íntimas creen que no tienen derecho a hablar acerca de los aspectos de control sobre su interacción sexual con los hombres, y así la falta de asertividad en este aspecto a menudo está asociada con el uso inconstante de anticonceptivos (Rickert y colaboradores, 2002).

Los estudios han demostrado que quienes participan en relaciones estables y duraderas, en las cuales hablan con su pareja acerca de la anticoncepción y otros temas, tienden a usar controles natales efectivos de manera constante (Klein, 2005; Stone e Ingham, 2002). La comunicación entre padres e hijos acerca del tema también ha sido positivamente ligada al uso de anticonceptivos en la adolescencia (Halpern-Felsher y colaboradores, 2004; Stone e Ingham, 2002). El éxito académico en la escuela y el tener padres bien educados también están asociados con su uso efectivo (Klein, 2005; Manlove y colaboradores, 2004). Los estudios también indican que los adolescentes criados en familias que hacen énfasis en la responsabilidad personal del comportamiento tienden a hacer un uso eficaz del control natal (Whitaker y colaboradores, 1999; Wilson y colaboradores, 1994). Por último, y quizás lo más obvio, quienes tienen más conocimiento acerca de los métodos disponibles son los que más los usan con constancia y eficacia (Lagana, 1999).

? Pensamiento crítico

¿Deben los padres suministrar dispositivos de control natal a sus hijos adolescentes que están saliendo con alguien? ¿Por qué sí o por qué no?

Estrategias para reducir el embarazo en adolescentes

Muchos expertos en sexualidad de adolescentes coinciden en que los esfuerzos educativos diseñados para aumentar en los jóvenes el conocimiento de la anticoncepción y de otros aspectos de la sexualidad serían mucho más efectivos si trataran ésta como un aspecto positivo de nuestra humanidad más que como algo malo y vergonzoso. Los adolescentes que tienen una actitud positiva y de aceptación hacia su sexualidad tienden más a usar anticonceptivos de forma eficaz (Lagana, 1999; Meschke y colaboradores, 2000). En muchos países de Europa occidental, las cifras de partos de adolescentes son mucho más bajas que en la unión americana, y aunque los niveles de actividad sexual en este sector son iguales o mayores que los estadounidenses, el sexo es visto como algo natural y saludable y la actividad sexual de los jóvenes es ampliamente aceptada. Esto contrasta con lo que pasa en Estados Unidos, donde el sexo a menudo se considera romántico y representa algo que se ostenta, aunque también suele verse como algo pecaminoso o sucio que hay que ocultar.

En seguida presentamos una lista de recomendaciones para reducir la tasa de embarazos en adolescentes, recogidas de entre un gran número de estudios especializados.

1. El gobierno debería instaurar —o fortalecer, en caso de que exista— un sistema de planificación familiar. Las clínicas de salud escolares o generales necesitan mejorar y extenderse para brindar servicios anticonceptivos a bajo costo o gra-

tuitos a los adolescentes que los requieran. En su caso, las escuelas y los medios deben involucrarse más en publicitar que estos servicios no están limitados a la gente de escasos recursos. La necesidad de divulgar que estas clínicas mantienen la confidencialidad de sus pacientes es igualmente importante.

2. Estados Unidos y otros países deberían seguir las directrices de algunas naciones europeas para establecer un programa de estudios nacional obligatorio sobre educación sexual que se extienda a todos los niveles. La expresión segura de la sexualidad de los adolescentes debe ser tratada como un tema de salud más que como un tema político o religioso. Los estudios revelan con claridad que los adolescentes que son valorados, respetados y de los que se espera que actúen con responsabilidad, por lo general lo hacen (Kelly y McGee, 1999). También indican que las chicas que han sido expuestas a una educación sexual comprensiva tienden menos al embarazo que aquellas que no han tenido tal formación, en especial si la exposición a la educación sexual ocurre antes de que las jóvenes se vuelvan sexualmente activas (Kirby, 2000; Lagana, 1999; Philliber y colaboradores, 2002).
3. Los esfuerzos por educar a los adolescentes para prevenir los embarazos no deseados deben reconocer que las actitudes de los hombres son importantes para la práctica y la efectividad del control natal (Goodyear y colaboradores, 2000). Los adolescentes varones por lo general piensan que la anticoncepción es responsabilidad de su pareja (Braverman y Strasburger, 1993b; Lagana 1999). Los programas de educación sexual deben enfatizar que la responsabilidad de la anticoncepción es compartida. Una encuesta a varios miles de adolescentes estadounidenses reveló que quienes creían que la responsabilidad de la prevención de embarazos debía ser compartida tendían más a usar anticonceptivos de manera eficaz que quienes sentían que le correspondía a sólo un miembro de la pareja (Zabin y colaboradores, 1984). De manera preponderante, los estudios dedicados al embarazo en la adolescencia se han enfocado sobre todo o con exclusividad en las mujeres jóvenes que quedan preñadas más que en los hombres adolescentes que contribuyen a ello (Goodyear y colaboradores, 2000). Esto ha limitado nuestro entendimiento de las diversas causas del embarazo en esta etapa del desarrollo, y los futuros esfuerzos de investigaciones deben enfocarse más en las actitudes y los comportamientos sexuales de los varones que coadyuvan a las elevadas tasas de este fenómeno.
4. Los condones deberían estar disponibles en escuelas secundarias y preparatorias (Crosby y Lawrence, 2000; Kirby, 2000). Una investigación comparó la tasa de uso de condón y actividad sexual entre 7 119 estudiantes en las preparatorias públicas de la ciudad de Nueva York, donde está disponible este medio de protección, con las exhibidas en 5 738 estudiantes de preparatorias de Chicago, donde los preservativos no están disponibles en los planteles. Los resultados: la accesibilidad de profilácticos en las escuelas aumentó de manera significativa su uso por parte de los adolescentes sexualmente activos pero no contribuyó al incremento de las tasas de actividad sexual (Guttmacher y colaboradores, 1997). Otra encuesta reciente de una muestra representativa de más de 4000 adolescentes inscritos en las preparatorias de Massachusetts con programas de condones y sin ellos, encontró que, donde éstos estaban disponibles, los alumnos tendían más a recibir instrucción sobre su uso adecuado y tenían menor probabilidad de reportar experiencias sexuales de riesgo recientes o a lo largo de su vida, que los jóvenes cuyas escuelas carecían de programas de disponibilidad de preservativos (Blake y colaboradores, 2003). Los resultados de esos dos estudios sugieren que el acceso escolar al condón puede reducir el embarazo en adolescentes y aminorar el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/sida.

📍 Educación sexual

En la actualidad, muchos padres quieren contribuir a la educación sexual de sus hijos. Los valores sociales acerca del sexo están cambiando con rapidez, y todos estamos expuestos

a opiniones contrastantes. ¿Qué tanto deben ver los niños o qué tanto se les debe decir? Muchos padres, incluso algunos de los que están satisfechos con su sexualidad, tienen dificultades para juzgar la “mejor” manera de reaccionar con respecto a la de sus hijos.

Quizás la información que brindamos en los siguientes párrafos ayude a modificar parte de esta falta de seguridad. No decimos que tenemos la última palabra sobre educar hijos sexualmente saludables, así que le recomendamos leer este material con espíritu crítico. Sin embargo, podría adoptar algunas nuevas ideas que le ayuden a brindar una educación sexual significativa a sus hijos, ya sea ahora o en el futuro.

Respuestas a las preguntas que hacen los niños acerca del sexo

A menudo los padres nos preguntan cuándo deben empezar a hablar con sus hijos sobre sexo. Una respuesta es: cuando empiecen a preguntar. Los niños hacen preguntas acerca del sexo junto con otras relacionadas con el mundo que los rodea. Los estudios indican que a los cuatro años, muchos comienzan a formular preguntas sobre cómo se hacen los niños (Martinson, 1994). ¿Hay algo más natural que preguntar de dónde venimos? Aun así, esta curiosidad a veces es detenida por la respuesta de los padres. Un rostro sonrojado y un tartamudeo o respuestas como “Espera a que tu madre (o padre) llegue a casa para que te responda” o “No tienes la edad suficiente para saber esas cosas”, son algunas de las maneras más comunes con las que se bloquea la comunicación (antes de que empiece) en esta área vital. Ignorar las preguntas a esta temprana edad significa que tal vez tenga que enfrentar la molesta tarea de iniciar un diálogo sobre temas sexuales cuando ya sea tarde para el desarrollo de su hijo.

Podría ser útil que los padres incluyan información acerca del sexo (cuando sea apropiado) en las conversaciones diarias, permitiendo que sus hijos participen de manera activa o como observadores. Lograr esto con un sentido de tranquilidad y naturalidad aumenta la facilidad con la que sus hijos plantean sus preguntas y observaciones acerca del tema.

Si las interrogantes no surgen en forma espontánea o se apartan de su finalidad a una edad temprana, puede haber un punto donde usted como padre sienta que es importante empezar a hablar de sexo. Quizás sea un buen inicio compartir sus sentimientos verdaderos con su hijo; por ejemplo, que posiblemente usted se siente un poco incómodo por hablar del tema, o que quizás está usted confundido acerca de sus propios sentimientos o creencias. Al expresar su propia indecisión o vulnerabilidad, podría volverse más accesible. Durante este esfuerzo inicial, el simple hecho de indicar sus sentimientos y dejar la puerta abierta a futuras discusiones puede ser todo lo que se necesita. Un periodo de incubación a menudo es valioso, lo que permite al niño interpretar los deseos de usted de hablar acerca de la sexualidad. Si no hay preguntas después de este primer esfuerzo, sería sabio escoger un tema específico de discusión. Algunas preguntas abiertas para empezar:

- ¿Qué crees que es el sexo?
- ¿Qué sabes acerca de cómo se hacen los bebés?
- ¿Qué te dicen tus amigos acerca del sexo?
- ¿Cómo te sientes acerca de los cambios en tu cuerpo? (para niños mayores o adolescentes jóvenes).

Es comprensible que los padres tiendan a sobrecargar a un niño que espera una respuesta relativamente sencilla y directa. Por ejemplo, los chicos de cinco años que preguntan “¿De dónde vine?” es muy probable que no estén pidiendo un tratado detallado de la fisiología del coito sexual y de la concepción. Probablemente es más útil hablar con brevedad de las bases del coito sexual y quizás incluir la idea del placer potencial en tal conversación. También es buena idea verificar que el niño haya entendido la respuesta a su inquietud. Además, usted podría preguntar si dio la

información deseada y también hacerle saber que sigue abierto a más dudas. Cuando los niños pequeños quieren más información, sin duda la pedirán al ver que el adulto responde a sus preguntas iniciales.

Algunos padres creen que es inapropiado decirle a los niños que la interacción sexual es placentera. Otros concluyen que es valioso hablar del disfrute del sexo con sus hijos, como se revela en la siguiente declaración:

Una noche, mientras estaba sentado en la cama de mi hija hablando acerca de los sucesos del día, ella expresó preocupación por el anuncio de su amiguita de que el papá de ésta iba a comprar un caballo. Al parecer, le habían pedido que construyera una barda más alta para proteger al animal. Aunque sabía todo acerca del apareamiento de los caballos, preguntó por qué era necesario hacer esto. Le expliqué los hechos y entonces hizo la verdadera pregunta que estaba en su cabeza: “¿Tú y mi mamá hacen eso?”, a lo que yo respondí que sí. ¿Mi tío y mi tía hacen eso?” Otra vez “Sí”, lo que produjo el pronunciamiento final: “No creo que me case.” Resulta claro que sentía gran ambivalencia acerca de lo que significaba este comportamiento sexual para ella. Parecía muy importante que yo hiciera una aclaración más, por ejemplo, que no sólo hacíamos eso, sino que también era algo hermoso y placentero e incluso muy divertido. (Archivo de los autores.)

La resistencia a expresar el mensaje de que el sexo puede ser placentero surge de la preocupación de los padres de que sus hijos se apresuren a investigar el tipo de gratificantes que se están perdiendo. Hay poca evidencia que respalde tales temores. Sin embargo, existen muchos amantes infelices luchando por vencer los mensajes tempranos acerca de la suciedad y la inmoralidad del sexo.

Inicio de las conversaciones cuando los niños no hacen preguntas

Algunos temas nunca se platican, al menos no en el momento adecuado, salvo que los padres tomen la iniciativa. Nos referimos a ciertos aspectos de maduración sexual que los niños podrían no considerar hasta experimentarlos. Éstos son la menstruación, la primera eyaculación y los orgasmos nocturnos. La experiencia de la primera menstruación o eyaculación pueden llegar como un rápido choque para quienes no están preparados, como se revela en las siguientes anécdotas:

Yo ni siquiera había escuchado hablar de la menstruación cuando empecé a sangrar. No había nadie en casa. Estaba tan asustada que llamé a una ambulancia. (Archivo de los autores.)

Recuerdo la primera vez que eyaculé durante la masturbación. Al principio no podía creer que algo se hubiera disparado de mi pene. Lo único que pude ver fue que no era orina. Sin embargo, considerando los sermones previos de mi madre acerca de los males de “jugar con uno mismo”, tenía miedo de que Dios me estuviera castigando por mi comportamiento pecaminoso. (Archivo de los autores.)

Es importante que los jóvenes estén conscientes de estos cambios fisiológicos antes de que sucedan. La curiosidad natural de los niños acerca del sexo podría provocar que hablen de estos temas con sus amigos, que por lo general no son la fuente más confiable de información. Es mejor para los padres brindar una descripción más certera de estos eventos naturales.

La mayoría de los jóvenes prefiere que los padres sean la fuente primaria de información sexual y que ambos progenitores compartan por igual esta responsabilidad (Hutchinson y Cooney, 1998; Kreinin y colaboradores, 2001; Somers y Surmann, 2004). Los estudios indican que menos de 20% de los padres participa en un diálogo significativo acerca del tema con sus hijos (Davtyan, 2000; Howard y McCabe, 1990). Esto es un

tanto desafortunado, porque los niños y los adolescentes se benefician de gran manera de las conversaciones inocentes con sus padres acerca del sexo, como se ejemplifica en la siguiente anécdota de una mujer joven inscrita en una clase de sexualidad:

Primero mi madre y luego mi padre, por separado, me hablaron de sexo. Aprendí mucho de estas conversaciones y ellos crearon un vínculo más cercano y aumentaron la confidencialidad y la confianza entre todos nosotros. Estaba muy agradecida con ambos por haber hablado de sexo conmigo. Me di cuenta de que ellos en realidad se preocupaban por mi bienestar y aprecio sus esfuerzos por hablarme sobre lo que sus padres no hablaron con ellos. (Archivo de los autores.)

Las madres tienden más que los padres a desempeñar un papel activo en la educación sexual de sus hijos (Ackard y Neumark-Sztainer, 2001; Hutchinson y Cooney, 1998). Lamentablemente, la mayoría de los padres estadounidenses no brinda educación sexual adecuada a sus hijos (Kreinin y colaboradores, 2001; Meschke y colaboradores, 2000). Los estudios han revelado que incluso cuando hay una comunicación cercana y abierta entre padres e hijos, en general no se habla de sexo (Fisher, 1987). Varias investigaciones han mostrado que los amigos son la principal fuente de información para la gente joven en Estados Unidos (Kreinin y colaboradores, 2001; Starr, 1997). Así, esta brecha creada por la falta de comunicación en el hogar se llena con la información incorrecta de amigos y de otras fuentes (Whitaker y Miller, 2000). Esto puede traer serias consecuencias. Por ejemplo, un adolescente escucha de sus amigos que las chicas no se embarazan si sólo tienen relaciones esporádicas; también suelen alentar el comportamiento tradicional de género y a menudo ejercen presión unos a otros para que se vuelvan sexualmente activos. Así, el reto para los padres es si ellos están dispuestos o no a participar de manera activa en la educación sexual de sus hijos minimizando algunos de los obstáculos enfrentados por los niños y los adolescentes que buscan en sus amigos información sexual (errónea).

Los padres dudan de si hablan o no de sexo con sus hijos porque se preocupan de que tal tipo de comunicación pueda estimular las experiencias sexuales tempranas. Sin embargo, no hay evidencia clara de que la educación de este tipo en la casa contribuya al desarrollo de una actividad sexual irresponsable o a un aumento en la probabilidad de comportamiento sexual en los adolescentes. Además, los jóvenes que hablan de sexo de manera abierta, positiva y frecuente con sus padres tienden a tener menos parejas y actividad sexual que aquellos que no conversan con sus padres acerca del tema (Jaccard y colaboradores, 2000; Meschke y colaboradores, 2000; K. Miller y colaboradores, 1999). La comunicación positiva entre padres y adolescentes ha sido vinculada con un descenso en el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, con el uso más efectivo y consistente del control natal y con una disminución de la incidencia de embarazos en las adolescentes (Halpern-Felsher y colaboradores, 2004; Lehr y colaboradores, 2005; Stone e Ingham, 2002).

? Pensamiento crítico

Mucha gente cree que la educación sexual puede causar problemas, porque piensan que entre más aprenden de sexo los niños, más tienden a experimentar sexualmente. ¿Usted considera que esta suposición es válida? Si es así, ¿cree que ésta es una buena razón para no hablarle a los niños de sexo?

Educación sexual escolar

En respuesta a la frecuente falta (o escasez) de información en casa y a la inexactitud de lo mucho que los niños escuchan de sus amigos, otras instituciones sociales en Estados Unidos, especialmente las escuelas, están intentando brindar educación sexual. Un estudio a nivel nacional de las políticas y los programas al respecto en las escuelas nacionales encontró que 43% de los estados, 52% de los distritos escolares y 57% de los colegios requerían educación sexual en las primarias (Kann y colaboradores, 2001). Estos resultados están lejos de ser estimulantes, en especial porque una apreciable minoría de la juventud estadounidense inicia la actividad sexual antes de la adolescencia. En algún punto durante la preparatoria, las intenciones de muchos

Educación sexual basada sólo en la abstinencia

La encuesta de una muestra representativa de 825 distritos escolares públicos en Estados Unidos reveló que 35% de los distritos enseñaba “sólo la abstinencia” como método para prevenir enfermedades de transmisión sexual y embarazos en adolescentes (Landry, 1999). Sólo 14% de los distritos encuestados ofrecía una educación sexual comprensible que trataba la abstinencia como sólo una opción para los adolescentes dentro de un plan de estudios que brinda amplia información acerca de temas como maduración sexual, anticoncepción, aborto, enfermedades de transmisión sexual, relaciones y orientación sexual. En los programas que sólo promueven la abstinencia, las discusiones de anticoncepción están prohibidas por completo, y cuando se permiten es sólo para enfatizar las desventajas de los métodos de control natal. Desafortunadamente, la tendencia a adoptar programas de educación sexual basados sólo en la abstinencia en escuelas públicas ha aumentado en años recientes, apoyados por mu-

chos grupos políticos y sociales conservadores y patrocinados por el poder federal.

En 1996, el Congreso de Estados Unidos asignó 250 millones de dólares para subsidiar los programas de sólo abstinencia a una tasa de 50 millones por año para el periodo 1998-2002 (Goodson y colaboradores, 2003). Otro patrocinio del gobierno federal para el mismo propósito aumentó a 135 millones el fondo anual en 2007 (Schaalma y colaboradores, 2004). A la fecha, se han gastado en tales programas casi 900 millones de dólares de los contribuyentes. Mientras que este enfoque continúa ganando popularidad, el gobierno federal no ha otorgado ningún apoyo para otros proyectos de educación sexual (Schaalma y colaboradores, 2004). ¿Qué revelan las investigaciones acerca de la eficacia de los programas basados en sólo abstinencia respaldados económicamente por los contribuyentes?

Muchas investigaciones accesibles sobre programas que sólo promueven ese método no han proporcionado ninguna



© Will & Deni McIntyre/Photo Researchers, Inc.

jóvenes por iniciar su actividad sexual aumentan, y así “los años escolares venideros brindan un momento ideal para influir positivamente en las preguntas sin respuesta acerca de temas sexuales” (Price y colaboradores, 2003, p. 9).

La calidad y la extensión de los programas de educación sexual escolar varían en forma considerable. Varias encuestas revelan que aunque una abrumadora mayoría de padres y otros adultos apoyan su inclusión en las instituciones educativas, sólo una minoría de colegios en Estados Unidos ofrece cursos comprensibles (Haffner y Wagoner, 1999; Trevor, 2002). Una encuesta con adultos en Estados Unidos encontró que 93% de los encuestados apoyaba la educación sexual en la preparatoria y 84% en la secundaria. Además, la gran mayoría estuvo de acuerdo en que se le brindara información a los adolescentes para ayudar a prevenir enfermedades de transmisión sexual y embarazos no planeados, y rechazó de manera colectiva el enfoque de educación sexual de sólo abstinencia hasta el matrimonio (Haffner y Wagoner, 1999). ¿Pero, cómo han respondido las escuelas estadounidenses a ese mandato público para la calidad de la educación sexual escolar?

Los programas de educación escolar públicos a menudo se ven afectados por presiones de minorías bien organizadas que se oponen a este tipo de enseñanza. En respuesta, muchos sistemas escolares omiten por completo la educación sexual de su plan de estudios y otros intentan evitar la controversia permitiendo sólo la discusión de temas “seguros”, como

la reproducción y la anatomía. En consecuencia, los temas de discusión importantes, como los aspectos interpersonales de la sexualidad y la prevención del embarazo, son del todo ignorados. Analizamos el impacto adverso de la educación sexual fundada sólo en la abstinencia en las escuelas públicas estadounidenses en el recuadro “Educación sexual basada sólo en la abstinencia”. ■

En contraste con el deprimente resultado de la educación sexual basada sólo en ese método, como se describe en el recuadro de referencia, numerosos estudios brindan evidencia sólida de que los programas de educación sexual que enfatizan el

Aunque continúa la oposición a la educación sexual en las escuelas, la gran mayoría de los padres respalda la idea.



Sexo y política

evidencia sustancial de que retrasen significativamente la aparición del coito (u otros comportamientos sexuales) o de que cambien de forma significativa las actitudes de los adolescentes acerca de su participación en relaciones sexuales (Goodson y colaboradores, 2003; Kirby, 2002; Max y Hooper, 2005; Schaalma y colaboradores, 2004; Smith, 2005). Además, los enfoques que enseñan abstinencia sin también brindar información de salud sexual, anticoncepción y estrategias de sexo seguro hacen poco por reducir el embarazo en adolescentes y la diseminación de enfermedades de transmisión sexual (Sullivan, 2005; Tauber y colaboradores, 2005). Estudios recientes realizados en adolescentes de Texas —un estado que ha promovido agresivamente un enfoque basado sólo en abstinencia en sus escuelas, pronunciamientos y políticas afines— revelan que la tasa de embarazos entre chicos de 15-19 años es la más alta de todos los 50 estados, y las tasas de enfermedades de transmisión sexual entre adolescentes están muy por

encima de los promedios nacionales (Zenilman, 2006). Según un reporte del Congreso dado a conocer en 2004, una gran parte de los programas basados únicamente en ese método y respaldados por fondos federales está repleta de información errónea y a menudo falla en mantener la separación entre la ciencia y la religión (Tauber y colaboradores, 2005).

Una denuncia mordaz sobre la educación sexual basada sólo en abstinencia fue hecha recientemente por Jonathan Zenilman (2006, p. 5), un científico de la Johns Hopkins University: “Promover los programas ineficaces basados en sólo abstinencia, ir en contra de la eficacia del condón, eliminar la educación sexual reproductiva y no dar a nuestros hijos las habilidades para que se protejan es una *mala práctica de salud pública*.”

sexo seguro y brindan información certera acerca de varios métodos anticonceptivos, aumentan el uso del control natal, reducen el número de embarazos en adolescentes, desmotivan el comportamiento sexual altamente riesgoso, no aceleran la aparición del coito (y en ocasiones la retrasan) ni incrementan su frecuencia, y no aumentan el número de parejas sexuales en los adolescentes (en algunos casos reducen este número) (Kirby, 2001, 2002; Smith, 2005; Schaalma y colaboradores, 2004).

R E S U M E N

Comportamiento sexual durante la infancia y la niñez

- Los hallazgos de las investigaciones no respaldan el punto de vista tradicional de la infancia y la adolescencia como una época donde la sexualidad queda sin expresarse.
- Los niños de ambos sexos nacen con la capacidad del placer y la respuesta sexual, y algunos presentan orgasmos evidentes.
- La autoestimulación física es común tanto en niños como en niñas durante los dos primeros años de vida.
- Las inclinaciones que tenemos como adultos acerca de dar y recibir afecto parecen guardar relación con nuestras primeras oportunidades de tener contacto placentero con otros, especialmente con los padres.
- La masturbación es una de las expresiones sexuales más comunes durante la infancia. Las reacciones de los padres al

respecto pueden ser una influencia importante en el desarrollo de la sexualidad.

- La frecuencia de los juegos sexuales con otros niños, que pueden ocurrir desde los dos o tres años, aumenta durante el periodo de los cinco a los siete años.
- La separación entre los sexos tiende a hacerse más pronunciada a la edad de ocho o nueve años. Sin embargo, el interés romántico en el otro sexo y la curiosidad por los temas sexuales son muy elevados durante esta etapa del desarrollo.
- Las edades de 10 y 11 años están marcadas por el interés en los cambios corporales, la separación de los sexos y una incidencia sustancial de encuentros homosexuales.

Los cambios físicos de la adolescencia

- La pubertad comprende los cambios físicos que ocurren en respuesta al aumento en los niveles hormonales. Estos

desarrollos físicos son la maduración de los órganos reproductivos y la consecuente menstruación en las chicas y la eyaculación en los chicos.

Comportamiento sexual durante la adolescencia

- El doble estándar sexual a menudo presiona a los varones a ver el sexo como una conquista, y coloca a las mujeres en el dilema de aceptar o rechazar.
- El porcentaje más alto de los adolescentes que se masturban corresponde a las edades de 13 y 19 años.
- La expresión sexual sin coito es un comportamiento común entre adolescentes. El *sexo sin coito* se refiere al contacto erótico que puede incluir besos, caricias, estimulación manual y sexo oral, pero sin cópula.
- En la actualidad, la expresión sexual en adolescentes tiende más a ocurrir dentro del contexto de una relación existente, que en la época de Kinsey.
- Un aumento significativo en el número de hombres y mujeres jóvenes que han tenido relaciones sexuales a los 19 años ha ocurrido en las últimas cinco décadas. Estos aumentos son considerablemente más altos en las mujeres.
- Durante la última década del siglo pasado y lo que va del *xxi*, se estabilizaron las tasas de coito entre adolescentes de todas las edades, con excepción de los más jóvenes.
- Las experiencias con el mismo sexo durante la adolescencia pueden ser un experimento o una expresión de orientación sexual permanente.

Embarazo en la adolescencia

- Estados Unidos tiene la tasa de embarazos en la adolescencia más elevada del mundo occidental industrializado. En años recientes, la incidencia de este fenómeno ha disminuido un poco.
- Cada año, aproximadamente 900 000 mujeres adolescentes solteras en Estados Unidos quedan preñadas. El embarazo en la adolescencia a menudo se encuentra asociado con dificultades sociales, médicas, educativas y económicas.
- Muchos adolescentes que tienen relaciones sexuales no usan un método anticonceptivo de manera eficaz ni constante.
- La baja tasa de uso de anticonceptivos entre los adolescentes en Estados Unidos está relacionada con varios factores, como ignorancia, falsas creencias, educación sexual inadecuada en casa y/o escuelas, concepciones erróneas acerca de los riesgos a la salud asociados con algunos métodos anticonceptivos, vergüenza de comprar dispositivos de control natal, preocupación sobre la confidencialidad y falta de comunicación con la pareja acerca del tema.
- Entre las estrategias para reducir el embarazo adolescente en la unión americana están mejorar el sistema de clínicas de planificación familiar, establecer un plan de estudios de educación sexual en el ámbito nacional, educar a los hombres acerca de su responsabilidad anticonceptiva, y brindar acceso a condones en escuelas secundarias y preparatorias.

Educación sexual

- Una respuesta a la interrogante de cuándo empezar a hablar de sexo con los hijos es: cuando ellos empiecen a preguntar. Si la comunicación no ocurre de manera espontánea, puede ser útil que los padres inicien el diálogo simplemente com-

partiendo sus sentimientos o haciendo preguntas abiertas no estresantes.

- Rara vez se conversa sobre ciertos temas importantes, en especial sobre la menstruación, la primera eyaculación y los orgasmos nocturnos, hasta que los padres toman la iniciativa.
- Aunque muchos adolescentes prefieren que sus padres sean la principal fuente de información sexual, la evidencia indica que es más probable que los amigos brinden esta información, a menudo de manera prejuiciada e incorrecta.
- Aunque una abrumadora mayoría de padres y otros adultos apoyen la educación sexual en las escuelas, sólo una minoría de planteles estadounidenses ofrece un buen programa de educación sexual.
- Las investigaciones indican que los programas de educación sexual escolar aumentan el uso del control natal, reducen los embarazos entre adolescentes, desmotivan el comportamiento sexual de alto riesgo, no aceleran ni aumentan la frecuencia del coito y no incrementan el número de compañeros sexuales.

🔍 Lecturas recomendadas

Bass, Ellen, y Kate Kaufman (1996). *Free Your Mind: The Book for Gay, Lesbian and Bisexual Youth and Their Allies*. Scranton, PA: HarperCollins. Texto que brinda a los jóvenes información práctica acerca de lo que significa ser homosexual y bisexual. También ofrece validación, reafirmación y recomendaciones.

Kempner, Martha (2001). *Toward a Sexually Healthy America: Abstinence-Only-Until-Marriage Programs That Try to Keep Our Youth "Scared Chaste"*. Nueva York: SIECUS. Es una revisión de la filosofía educativa, características comunes del plan de estudios y daño potencial de los programas de sólo abstinencia que intentan controlar el comportamiento sexual de los jóvenes por medio del miedo, la vergüenza y la culpa. (Para adquirir esta publicación, envíe 10 dólares a SIECUS, 130 West 42nd Street, Suite 350, Nueva York, NY, 10036-7802.)

Leight, Lynn (1990). *Raising Sexually Healthy Children*. Nueva York: Avon. Un libro profundo y bien escrito que proporciona mucha información a los padres que desean crear una atmósfera apropiada para el desarrollo de actitudes sexuales positivas y un comportamiento sexual saludable en sus hijos.

Moglia, Ronald, y Jan Knowles (eds.) (1997). *All About Sex: A Family Resource on Sex and Sexuality*. Westminster, MD: Random House. Un libro que ofrece información valiosa acerca de la sexualidad a los miembros de la familia, tanto niños como adultos, para mejorar la comunicación familiar acerca de cuestiones sexuales.

Schwartz, Pepper (2000). *Ten Talks Parents Must Have With Their Children About Sex and Character*. Boston: Time Warner Trade Publishing. Una excelente fuente para padres de hijos que cursan los grados 4º a 12º; ofrece recomendaciones útiles sobre cómo iniciar conversaciones acerca de la sexualidad con los niños y qué decir. Los temas incluyen aclaración de los valores familiares, sexo seguro, ética y personalidad, presión de grupo, los medios de comunicación y la Internet.

🔍 Recursos en la Web

Sitio web CengageLearning

Visite www.cengage.com/highered para enlazarse con diversos recursos, como preguntas de repaso, actividades interactivas

vas, vínculos con Internet, ejercicios de pensamiento crítico, foros de discusión y muchos otros servicios. También puede acceder a los sitios desde el Wadsworth Psychology Study Center (<http://psychology.wadsworth.com>) o conectarse directamente a los siguientes sitios:

Nota. Tenga en cuenta que este material es independiente del libro y que las páginas que lo contienen pueden ser modificadas o eliminadas sin previo aviso.

All About Sex Discussion

La información de este sitio está dividida en secciones para adolescentes, preadolescentes y padres. Para los primeros y los segundos hay explicaciones francas pero sensibles de temas como sexo y sexualidad, masturbación, orientación sexual y virginidad.

Talk to Your Kids About Sex and Relationships

Parte de una gran iniciativa llamada “Habla con tus hijos acerca de temas difíciles” (patrocinada por Children Now and the Kaiser Family Foundation). Este sitio ofrece consejos prácticos para los padres y recursos para hablar con los hijos acerca de la sexualidad y temas relacionados.

A Web Page by Teens for Teens

Sitio dedicado a la discusión de la sexualidad y temas relacionados para adolescentes. Realizado por un equipo editorial de adolescentes, el contenido de este sitio también está escrito por adolescentes. Está patrocinado por la Network for Family Life Education (School for Social Work, Rutgers University).

The Alan Guttmacher Institute (AGI)

Valiosa fuente de información acerca de una gran variedad de temas que tienen que ver con la salud reproductiva, incluyendo temas relacionados con el embarazo en la adolescencia.

Hetrick-Martin Institute (HMI)

Este sitio ofrece información y recursos de utilidad para jóvenes gays, lesbianas, bisexuales y transgénero.

Sex, etc.

Brinda a los jóvenes información certera y franca acerca de su sexualidad.

Teenwire

Patrocinado por la Planned Parenthood Federation of America, presenta información acerca de la sexualidad y las relaciones de los adolescentes.

Dos sitios patrocinados por la American Social Health Association

Ofrecen respuestas a preguntas acerca de la salud sexual de los adolescentes y las enfermedades de transmisión sexual.

Advocates for Youth

Las secciones de este sitio contienen información acerca de temas importantes para los jóvenes, incluyendo la anti-concepción de emergencia, la lucha por su derecho a tener información, servicios de salud y educación sexual, programas de educación en grupo, prevención del embarazo y enfermedades de transmisión sexual, violencia en las citas románticas y recursos para gays, lesbianas y transgéneros.



Sitio web de apoyo a la obra en inglés

Visite el sitio web de la obra (*Our Sexuality Book Companion Website*) en

<http://latinoamerica.cengage.com/crooks> y elija la décima edición de este libro. Haga clic en “Apoyo electrónico para el estudiante”. Allí encontrará herramientas que le ayudarán a aprovechar al máximo su tiempo de estudio: encuestas de actitud, crucigramas, temas de ensayo, tarjetas mnemotécnicas de los principales conceptos y sus definiciones, un glosario general, preguntas de opción múltiple y falso-verdadero, vínculos con sitios web sobre temas relacionados con cada capítulo, bibliografía general y un examen final. Asimismo, encontrará un vínculo para comprar el acceso a más material suplementario en línea: CengageNow.



CengageNow ¡Exactamente lo que necesita saber AHORA!

Dedique tiempo a lo que necesita dominar, no a la información que ya aprendió. CengageNow es un paquete de recursos electrónicos que le ayudará en su aprendizaje. Realice una prueba preliminar del capítulo, y CengageNow generará un plan personalizado de estudio a partir de sus resultados. El plan identificará los temas que debe repasar y lo dirigirá a los recursos en línea que le servirán para dominarlos. Después efectuará una prueba para determinar los conceptos que ya aprendió y aquellos en los que todavía debe trabajar. Visite el sitio www.cengage.com/login si ya tiene su código de acceso. Si no cuenta con él, siga el vínculo *Buy Now*. Escriba *Our Sexuality* en el campo de título. Elija la décima edición de este libro. Haga clic sobre la opción *CengageNow*. Se desplegará una solicitud de acceso y los precios en dólares americanos.



Biblioteca en línea InfoTrac College Edition

Investigue si su institución cuenta con un convenio de uso de InfoTrac, una de las mejores y más vastas bibliotecas en línea del mundo en el ámbito educativo. Conéctese a www.cengage.com/login para acceder a InfoTrac College Edition, biblioteca de consulta en línea que contiene multitud de revistas, muchas exclusivamente sobre la sexualidad humana: *Archives of Sexual Behavior*; *Archives of Sexual Health Behavior*; *Canadian Journal of Human Sexuality*; *Hispanic Journal of the Behavioral Sciences*; *Journal of Cross-Cultural Psychology*; *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*; *Journal of Sex Research* y *Sex Roles*.

C A P Í T U L O 13

capítulo 13

► Vida de soltero

¿Cómo han cambiado los patrones de soltería en Estados Unidos?

¿De qué manera difieren los niveles de actividad sexual entre las personas solteras y las parejas casadas?

► Cohabitación o concubinato

¿Cómo se explica el aumento significativo del número de parejas que viven en concubinato en Estados Unidos?

¿Cuál es la relación entre cohabitación premarital y estabilidad marital subsecuente?

► Matrimonio

¿De qué manera los diferentes gobiernos de todo el mundo tratan de influir en el matrimonio?

¿Cuál es la característica singular del matrimonio en la sociedad mosuo?

¿Cuáles son los componentes cruciales para poder predecir exitosamente la satisfacción marital?

¿Qué cambios en los comportamientos sexuales dentro del matrimonio han ocurrido durante las últimas décadas?

¿Cuáles son los principales argumentos en favor y en contra del matrimonio legal entre personas del mismo sexo?

► Relaciones extramaritales

¿Cuáles son algunas de las razones para tener relaciones extramaritales?

¿Cuáles son las variables características del poliamor?

¿Cuáles son las posibles consecuencias de tal comportamiento para el matrimonio y el individuo?

► Divorcio

¿Cómo han cambiado las tasas de divorcio desde la década de 1970?

¿Cuáles son algunas causales de divorcio?

► Sexualidad y envejecimiento

¿Cuáles son las bases para el doble estándar en la sexualidad de hombres y mujeres adultos?

¿Cuáles son algunos de los cambios psicológicos y de estilo de vida suscitados en individuos mayores que pueden mejorar su vida sexual?

¿En qué difiere la adaptación a la viudez de la adaptación al divorcio?

Sexualidad en la edad adulta



Thinkstock/Getty Images

Después de 44 años de matrimonio, ya con nuestros hijos en sus propias casas, de verdad podemos disfrutarlos el uno al otro. A menudo salimos a cenar, regresamos a casa, bailamos con música de los años 1940, conversamos, nos besamos, nos damos masaje y hasta tenemos sexo. Cuando hacemos el amor, nos tardamos horas, y ambos quedamos completamente satisfechos. (Archivo de los autores.)

Las relaciones íntimas de varias modalidades ocupan una posición de considerable importancia en la vida de muchos adultos. El estado civil —soltero, casado o en concubinato— es un elemento importante de la identidad propia y de otros. En este capítulo examinamos varias formas de relaciones adultas y las influencias del envejecimiento en las experiencias íntimas.

◉ Vida de soltero

Permanecer soltero como una opción al matrimonio o después del divorcio se ha hecho muy popular en Estados Unidos, y la mayoría de las personas solteras están contentas con su estatus de no casado, ya sea de forma permanente o temporal (McGinn, 2006). Muchos adultos pasarán más tiempo en soltería que casados. Los adultos de 15 años o más en esta condición representan 44% de la población de Estados Unidos (U.S. Census Bureau, 2006). Los estadounidenses de este grupo ahora representan 40% de los compradores de casas y 42% de la fuerza laboral. Además, 33% de los hombres y 25% de las mujeres de entre 30 y 34 años nunca se han casado, lo cual representa cuatro veces el porcentaje de los solteros en 1970 (Straus, 2006).

No hace mucho las mujeres con educación superior propendían menos a casarse. Sin embargo, en la actualidad la tendencia al matrimonio en este sector es mayor que la que atañe al menor nivel de escolaridad, aunque contraen nupcias más tarde que la mujer promedio. Las universitarias tituladas nacidas desde 1960 se casan dos años después que la mujer promedio, y aquellas que cuentan con títulos de posgrado se casan cinco años más tarde (Coontz, 2006).

La vida de soltero comprende una variedad de patrones sexuales y diferentes grados de satisfacción personal. Algunos que viven solos se mantienen célibes por elección personal o debido a que no encuentran una pareja disponible. Otros tienen relaciones duraderas de naturaleza exclusivamente sexual con una pareja. Algunos practican la monogamia serial, y se desplazan a través de una sucesión de parejas sexuales. Numerosos individuos solteros mantienen una relación principal con un compañero y tienen relaciones sexuales ocasionales con otros. Hay quienes prefieren el involucramiento sexual y emocional concurrente con varias personas. Los niveles de actividad sexual entre solteros varían mucho, al igual que entre los casados. En términos de qué tan contentos están con su vida sexual, las investigaciones sugieren que las personas casadas tienen mayores niveles de actividad y satisfacción sexual que los solteros, pero muchos de estos últimos dicen que su vida sexual es más emocionante (Laumann y colaboradores, 1994).

Los solteros y la Internet

Los sitios de Internet para que los solteros se pongan en contacto con otros han modificado sobremanera su panorama. Match.com, creado en 1995, fue el primer



Jeff Stahl. Reimpreso con autorización de Newspaper Enterprise Association, Inc.

gran sitio dirigido a quienes no habían contraído matrimonio. Los sitios para citas ahora representan 30% de todo el contenido de paga en Internet, y mensualmente más de 40% de los adultos solteros de Estados Unidos los visita. El mayor grupo demográfico de sus clientes está conformado por individuos con educación universitaria de altos ingresos, pero el segmento de más rápido crecimiento es la población de 50 años y más (Juarez, 2006; Straus, 2006). Los sitios ofrecen motores de búsqueda para encontrar contactos según una gran diversidad de características e intereses, como religión, raza, edad, inclinaciones políticas, timidez y vegetarianismo (Katz, 2003).

Aunque ser soltero es ahora más aceptable en nuestra sociedad, la mayoría prefiere vivir con alguien o casarse. Veremos esta opción enseguida.

❶ Cohabitación o concubinato

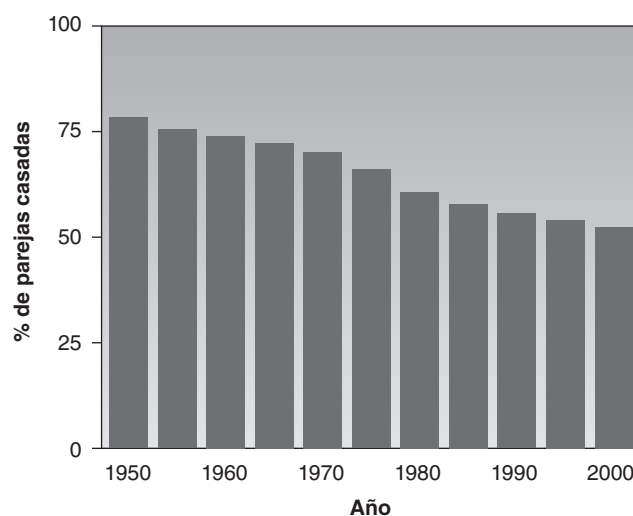
Cuando estudiaba en la universidad, a principios de los años 1960, la posibilidad de vivir con alguien sin la santidad del matrimonio simplemente nunca pasó por mi cabeza. El tema de los que vivían "en unión libre" nunca fue motivo de conversación abierta, aunque escuchaba los murmullos cuando se sabía que alguien "vivía en pecado". (Archivo de los autores.)

Cohabitación o concubinato Vida en pareja y tener relaciones sexuales sin estar casado.

Sociedad de convivencia o sociedad doméstica Una pareja no casada que vive en el mismo domicilio en una relación comprometida.

Esta declaración refleja la actitud social dominante hacia la **cohabitación en pareja o concubinato** (vivir con alguien en una relación sexual sin estar casado). En las décadas pasadas tanto el número de personas que escogían vivir de esta forma como la aceptación de lo que antes era una práctica no convencional aumentó de manera significativa, como se muestra en la ➔ **figura 13.1**. Las cifras del censo revelan que para el año 2000, el número de parejas que vivían bajo el mismo techo sin estar casadas en Estados Unidos era de 5.5 millones (U.S. Bureau of the Census, 2003). Este fenómeno es más común entre adultos de 25 a 29 años; cerca de 25% de la gente en este grupo de edad cohabita (Waite y Joyner, 2001). Los hombres con educación preparatoria o menos tienden más a vivir conjuntamente con mujeres, como se muestra en la ➔ **figura 13.2**. La cohabitación por lo general es un arreglo a corto plazo; sólo 33% viven juntos durante dos años y apenas 10% duran cinco años o más (Willets, 2006).

La **sociedad de convivencia o sociedad doméstica** es un término aplicado a los heterosexuales y homosexuales que viven con un compañero en la misma casa en una relación de compromiso sin estar legalmente casados. Varios gobiernos locales,



➔ **Figura 13.1** El número de parejas que viven en el mismo hogar siendo casadas está descendiendo, lo que sugiere que más gente está viviendo en concubinato.

Fuente: National Fatherhood Initiative Study (2006).

regionales y nacionales, así como empresas privadas, han establecido beneficios como seguro médico para parejas en sociedad de convivencia. En Suecia, 30% de las parejas que comparten un domicilio y no están casadas tienen todos los derechos y obligaciones de los sujetos en unión conyugal, a diferencia de las vulnerabilidades legales inherentes al concubinato en Estados Unidos y otros países. En la actualidad, Francia está considerando fortalecer los derechos legales de las parejas que registran sus uniones, esperando así brindar más estabilidad a los niños (Mezin, 2006).

Similitudes y diferencias entre concubinato y matrimonio

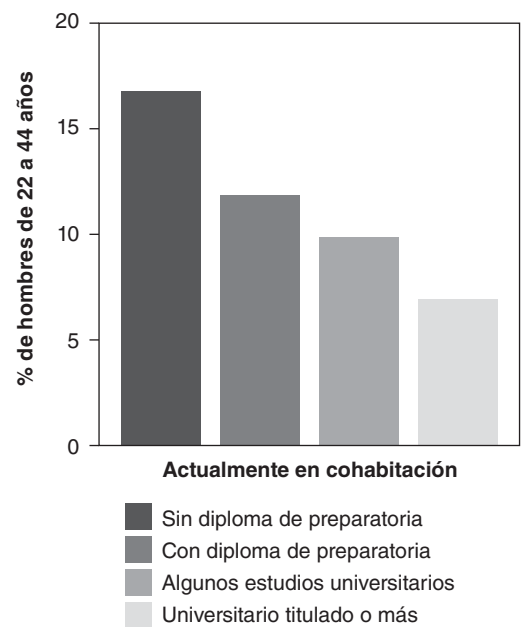
El concubinato ha desdibujado los límites entre el matrimonio y la soltería, y tiene características diferentes y otras parecidas. Las investigaciones reportan que al vivir en cohabitación, la frecuencia de conflictos y el grado de satisfacción de la relación son parecidos a los de los casados. En comparación con sus contrapartes casadas, los concubinos tienen menos actitudes de los papeles de género tradicionales, menos deseos de tener hijos y equidad al distribuir las labores domésticas (Blackwell y Lichter, 2000). Sin embargo, las investigaciones han mostrado que a mayor tiempo de cohabitación sin matrimonio, mayores son la inestabilidad, la infelicidad y la falta de interacción en la relación, en comparación con lo que las parejas casadas dicen experimentar (Brown, 2003; Willetts, 2006). En ambas modalidades, las parejas tienden a ser similares unas a otras en cuanto a grado de escolaridad y raza, aunque los concubinos tienden a diferir entre ellos más que los casados. Las concubinas suelen tener compañeros con menos o igual educación que ellas. En cambio, las casadas propenden a tener maridos cuyo nivel educativo es más alto. Esta diferencia entre las mujeres que cohabitan y las casadas indica que el mayor compromiso entre estas últimas puede producir requerimientos más restrictivos para una pareja.

La mayoría de los cohabitantes espera que su relación sea sexualmente exclusiva. Sin embargo, los datos de una encuesta nacional representativa indican que los concubinos tienden menos a ser monógamos que los casados. La menor exclusividad sexual se atribuye a que los individuos que cohabitan invierten menos en su relación (Treas y Giesen, 2000).

Muchas personas de generaciones anteriores han visto que sus hijos y nietos entablan relaciones de concubinato, y en esta etapa de su vida algunas personas mayores viven juntos sin casarse, aunque no lo habrían hecho en su juventud (Espinoza, 2003). Por ejemplo, de 1990 a 1999 aumentó 75% el número de parejas de 65 años o más que cohabitaban. Las parejas heterosexuales mayores a menudo viven en unión libre en lugar de casarse, pues otro matrimonio puede significar más impuestos, el final de las pensiones de manutención, así como la pérdida de la pensión conyugal, militar y los beneficios de la seguridad social.

El impacto de la cohabitación antes del matrimonio

La mayoría de las investigaciones indica que quienes han vivido en concubinato antes de casarse reportan más dificultad en su matrimonio y corren mayor riesgo de divorciarse (Amato y colaboradores, 2003; Cobb y colaboradores, 2003). No se sabe si las personas que viven en esta condición tienen características personales que las hacen más propensas al divorcio o si la experiencia de la cohabitación genera mayor riesgo de separación. Sin embargo, los matrimonios precedidos por concubinato tienden 50% más a terminar en divorcio. Hay una excepción: las parejas hetero-



Fuente: Martínez et al. (2006).

Figura 13.2 Porcentaje de hombres de 22 a 44 años por nivel de escolaridad que actualmente cohabitan con su pareja.



Pensamiento crítico

¿Por qué piensa usted que vivir juntos antes de casarse no aumenta las probabilidades de un matrimonio estable?

sexuales en las que la mujer nunca ha tenido sexo o nunca ha vivido con otro hombre que no sea con el que se casó, no corren mayor riesgo de divorciarse (Teachman, 2003).

Las investigaciones indican que el matrimonio involucra un mayor grado de compromiso y estabilidad que la cohabitación (Binstock y Thornton, 2003), lo que puede ser una razón para que éste siga gozando de gran popularidad. Cerca de 96% de los adultos de Estados Unidos se casan, y más de una vez (Bergman, 2006). Un vistazo más cercano a la institución del matrimonio podría brindar un mayor entendimiento de su continuo encanto.

Matrimonio

El matrimonio es una institución en constante cambio que se encuentra en casi todas las sociedades (Kuzma, 2006). Tradicionalmente ha desempeñado varias funciones para la sociedad y los individuos. Ha brindado unidades familiares estables en las que los niños adquieren conocimiento acerca de las reglas y costumbres de su sociedad a través de las enseñanzas de sus padres casados o de su grupo familiar. Las funciones del matrimonio como una sociedad económica integran la crianza de los hijos, la realización de las labores domésticas y lograr un ingreso para la unidad familiar; también definen los derechos de herencia de la propiedad del núcleo. Por miles de años esta institución ha girado en torno a posesiones materiales y cuestiones políticas más que a la felicidad personal. El matrimonio arreglado prevaleció en Europa antes del siglo XIX. Los padres de las clases elitistas acordaban la relación conyugal de sus hijos para favorecer alianzas entre familias, consolidar la riqueza y el poder político, e incluso para mantener la paz entre los países. En las clases bajas también era un arreglo económico: construir un banco de trabajo de hijos y combinar habilidades, recursos y familiares políticos eran las principales consideraciones (Coontz, 2005).

Muchas sociedades actuales, preocupadas por cómo el matrimonio afecta el orden social, intentan modificar su impacto, como analizamos en el recuadro Sexo y política: “Matrimonio en crisis”.

El matrimonio en culturas colectivistas e individualistas actuales

Los científicos que estudian las culturas han identificado dos características opuestas que diferencian a unas culturas de otras: colectivismo e individualismo. El que una sociedad sea colectivista o individualista influye en sus perspectivas con respecto al propósito del matrimonio. Las *culturas colectivistas*, como aquellas de India, Pakistán, Tailandia, Filipinas, Oriente Medio y otras partes de Asia y África contemporáneas, enfatizan los objetivos colectivos de grupo sobre las aspiraciones individuales. En tales sociedades, el matrimonio tiene el propósito de unir a dos familias más que a dos personas. Los padres a menudo arreglan los enlaces de su prole. Los individuos no deben considerar sus sentimientos por encima de los compromisos más importantes de las necesidades de la familia, comunidad o religión. De hecho, el amor intenso entre dos sujetos puede ser visto como una amenaza a la estabilidad de la familia en toda su extensión. Cuando las culturas colectivistas se hacen más individualistas, los matrimonios llegan a volverse menos estables, como sucede en China. La relajación del control gubernamental sobre las opciones individuales y el aumento de la influencia occidental contribuyeron a un aumento de 21% de los divorcios en el plazo de un año, en 2004 (Beech, 2005).

En contraste con las culturas colectivistas, las *individualistas*, como las actuales de Canadá, Europa, Australia, el Brasil europeo y Estados Unidos, ponen los deseos y objetivos individuales sobre los intereses familiares. Hacen mayor énfasis en los sen-

Matrimonio en crisis

Muchos países alrededor del mundo consideran que el estatus y papel del matrimonio se encuentran en peligro, pero las preocupaciones al respecto varían ampliamente. Por ejemplo, a los *planificadores* económicos en España les gustaría que de 50% de las mujeres solteras entre 25 y 29 años de edad, estimularan el crecimiento económico de su país casándose más jóvenes y teniendo más hijos. Los gobiernos de Alemania, Austria, Francia, Japón, Rusia y Corea también están preocupados por incrementar el número de nacimientos, e inclusive algunos proveen incentivos *financieros* y acceso preferencial a alojamiento y guardería a las personas que tengan hijos, sin importar su estatus matrimonial. Por ejemplo, por tener un segundo hijo, a una pareja el gobierno ruso le ofrece un pago de \$9 200, una mayor licencia de maternidad pagada, y asistencia financiera por guardería (Niedowski, 2006). En comparación, la República Checa fomenta un incremento a vivir en soltería, esperando que esto reduzca la tasa de divorcio del país, que es de 50%.

Diversos países están preocupados entorno a varios obstáculos del matrimonio para los hombres. Líderes en Arabia Saudita y Emiratos Árabes Unidos quieren que las familias bajen los altos precios que se cobran por las novias para que los hombres jóvenes puedan casarse. En Italia, comentaristas critican a 33% de los hombres solteros de entre 30 y 35 años de edad que aún viven en casa, disfrutando que su madre cocine y limpie el hogar. Los gobiernos y las personas de China e India están preocupados por los millones de hombres que para el 2020 estarán sin mujeres con quien casarse debido a la desbalanceada proporción que existe entre niños y niñas (Hesketh y Xing, 2006). La Fundación Bill y Melinda Gates financió un estudio en un área rural de la India donde encon-

traron que, para los infantes de seis años, hay 628 niñas por cada 1 000 niños. El mayor número de niñas se debe a los fetos femeninos son frecuentemente abortados y las lactantes son asesinadas debido a una fuerte inclinación cultural por los niños (Chung, 2006; Coontz, 2005; Power 2006). En la India, de acuerdo con la tradición hindú, los hijos tienen el papel importante de encender las piras funerarias de sus padres. Los hijos varones ganarán la riqueza en el futuro para la familia, pero las dotes que las hijas requieren para casarse es una pérdida financiera para las familias. El gobierno indio ha empezado a ofrecer becas para la educación de las hijas con el fin de alentar los nacimientos de niñas. Sin embargo, la larga tradición de siglos del estatus alto de tener varones será muy difícil de cambiar (Power, 2006).

Las Naciones Unidas y otras organizaciones están haciendo campaña en el Medio Oriente y otras partes de África y Asia para prevenir que chicas de 13 años y más jóvenes se casen. Alrededor del mundo, cerca de 51 millones de niñas son casadas tan jóvenes que enfrentan riesgos de salud específicos y altas tasas de pobreza (Stoparic, 2006). En una región de Etiopía, 50% de las niñas se casan antes de los 15 años de edad. Esposas jóvenes cuyos cuerpos no han madurado completamente a menudo experimentan partos traumáticos: pueden estar en trabajo de parto por días, lo cual conlleva la muerte del bebé y daño permanente del canal del nacimiento (Pathfinder International, 2006). Niñas y adolescentes casadas tienen usualmente esposos mucho mayores, que a menudo son polígamos; la edad de los maridos y la poligamia aumentan las posibilidades que ya estén infectados con VIH y se lo transmitan a sus esposas poco después del matrimonio (Ali, 2006; Clark y colaboradores, 2006).



En el día de su boda, un novio en Kenia levanta el velo de su novia cuyo rostro él nunca ha visto antes.

© Carol Beckwith/Robert Estall Photo Agency, UK

timientos de amor como la base del matrimonio, que la gente de las culturas colectivistas (Levine y colaboradores, 1995). La importancia del amor para decidir casarse es una innovación reciente en la larga historia de la existencia de la humanidad. No fue sino hasta finales de 1700 que la elección personal basada en el amor reemplazó los intereses familiares como la base ideal del matrimonio en el mundo occidental (Coontz, 2006).

Poligamia

Las culturas colectivistas tienden más a practicar la poligamia, definida ésta como el matrimonio entre un hombre y varias mujeres. Aunque es extraño para el mundo occidental, ha sido la forma conyugal más común a través de los tiempos, y sigue vigente en Medio Oriente y otras partes de África. El Islam permite que el hombre tenga hasta cuatro esposas: la riqueza personal del varón y su habilidad para proveer a varias esposas por lo general determina con cuántas se casa (Coontz, 2005).

En los países donde la poligamia es la norma, algunas personas se oponen a su práctica. Por ejemplo, en el país africano de Suazilandia el derecho del hombre a la poligamia es parte de su nueva Constitución. Sin embargo, a pesar del hecho de que el rey tiene 13 esposas, su hija de 18 años, la princesa Sikhanyiso, encabeza la oposición a la tradición. Los oponentes, incluyendo las mujeres tanto de las áreas urbanas como rurales, consideran que la poligamia es una cubierta para tener romances extramaritales. En el corto plazo, los hombres convierten a sus novias en esposas y pronto las cambian por nuevas novias, que a la postre se convierten en nuevas esposas. El deseo de las mujeres de tener amor y satisfacción sexual sin compartir al hombre con otra es la principal motivación de la oposición y refleja una tendencia hacia el individualismo en las culturas colectivistas. Como dijo un abogado de Suazilandia: “La poligamia perecerá por causas naturales porque las mujeres quieren la devoción de un marido

que esté libre de otras esposas.” (Oficina de la ONU para la Coordinación de los Asuntos Humanitarios, 2006, p. 2.) Además, la extensión del VIH/sida en las familias de las cónyuges es de gran preocupación en este país que tiene una de las tasas más altas de este padecimiento en el mundo. Investigaciones en la India que validan esta preocupación, descubrieron que la mayoría de las indias que contraen sida forman parte de matrimonios polígamos y adquieren la enfermedad de sus esposos (*The Hindu News Update Service*, 2006).

En la historia temprana de Estados Unidos, los seguidores de la iglesia mormona practicaban la poligamia, pero ésta fue desautorizada en 1890. Sin embargo, las sectas funda-

mentalistas que se separaron de esta iglesia la continúan practicando pese al hecho de que es contraria a la ley en todos los 50 estados y, según una encuesta, 92% de los adultos estadounidenses se oponen a ella. Los expertos creen que en Estados Unidos viven entre 30 000 y 50 000 polígamos, incluyendo un creciente número de musulmanes y cristianos evangélicos (Peyser, 2006). Los grupos activistas polígamos, entre ellos el Centennial Park Action Committee, la Truth Bearer y la Principle Voices, están luchando por la despenalización de la práctica. Argumentan que los individuos deben tener el derecho de participar en la conducta privada de la poligamia sin la interferencia del gobierno, una perspectiva compartida por un reporte de 2006 comisionado por el Departamento canadiense de Justicia, que recomendó su despenalización (Soukup, 2006).

Pocas culturas reconocen las uniones entre una mujer y varios hombres (poliandria), y aún menos permiten la actividad sexual fuera del matrimonio. Una



HBO/Photofest

La serie televisiva de HBO *Big Love* retrata las tribulaciones y placeres de una familia con un marido, tres esposas y sus hijos. El Viagra ayuda al esposo trabajador y religioso a cumplir con sus deberes maritales. Las típicas tensiones familiares se ven multiplicadas por la dinámica de un hombre y tres mujeres, y su intento por mantener en secreto su arreglo matrimonial.

cultura matriarcal de China contradice abiertamente los conceptos comunes del matrimonio, como veremos en el recuadro de Sexualidad y diversidad: “Donde las mujeres escogen”.

SEXUALIDAD Y DIVERSIDAD

Donde las mujeres escogen

En una remota región de China, a la orilla de un lago ubicado a gran altitud, rodeada de altísimas montañas, la sociedad de los mosuo tiene uno de los más inusuales arreglos matrimoniales del mundo. Esta antigua **sociedad matriarcal** de cerca de 50 000 personas ha durado casi 2 000 años y sobrevive hasta ahora. Debido a su ubicación aislada, los mosuo han logrado resistir la imposición de las tradiciones familiares patriarcales comunes en otras partes de ese país. Como la sociedad es un matriarcado, la mujer lleva el nombre de la prole y gobierna los asuntos económicos y sociales de la familia extensa. Todos los hijos y las hijas de las mujeres viven toda su vida en la casa de su madre.



Las casas mosuo son generalmente hogar para dos o tres generaciones de mujeres con sus hijos e hijas.

© Peter Ellegard/peterellegard.co.uk

Después de una ceremonia de iniciación a la edad adulta a los 13 años, a la joven se le asigna su propia habitación en la casa. Ahí puede llevar a los amantes que quiera para pasar la noche con ella. Cada amanecer éstos regresan a su casa materna, donde viven. Esta tradición se conoce como “matrimonio caminero”, porque los hombres caminan a la casa de las mujeres para pasar la noche. Ella inicia el matrimonio mirando o dando una caricia especial en la palma de la mano al escogido. El hombre nunca toma la iniciativa, pero puede declinar la invitación.

Cuando una mujer mosuo se embaraza y tiene a su hijo, el niño se queda en la casa de la abuela, que es la misma donde vive la madre. Los hermanos ayudan a criar al hijo de su hermana. El padre biológico no adquiere ningún papel de paternidad, a menos que se trate del hijo de su hermana. Las únicas razones para que hombres y mujeres se unan es por amor e intimidad sexual, no para criar a la prole. Por tanto, los *matrimonios caminantes* se inician con facilidad y terminan de igual manera. Cuando el amor muere, el vínculo se termina: la mujer puede dejar de recibir las visitas nocturnas, o su amante puede llegar y encontrar la puerta cerrada (Bennion, 2005).

Sociedad matriarcal

Una sociedad en la cual las mujeres llevan el nombre de la familia a través de generaciones y gobiernan los asuntos económicos y sociales de la comunidad.

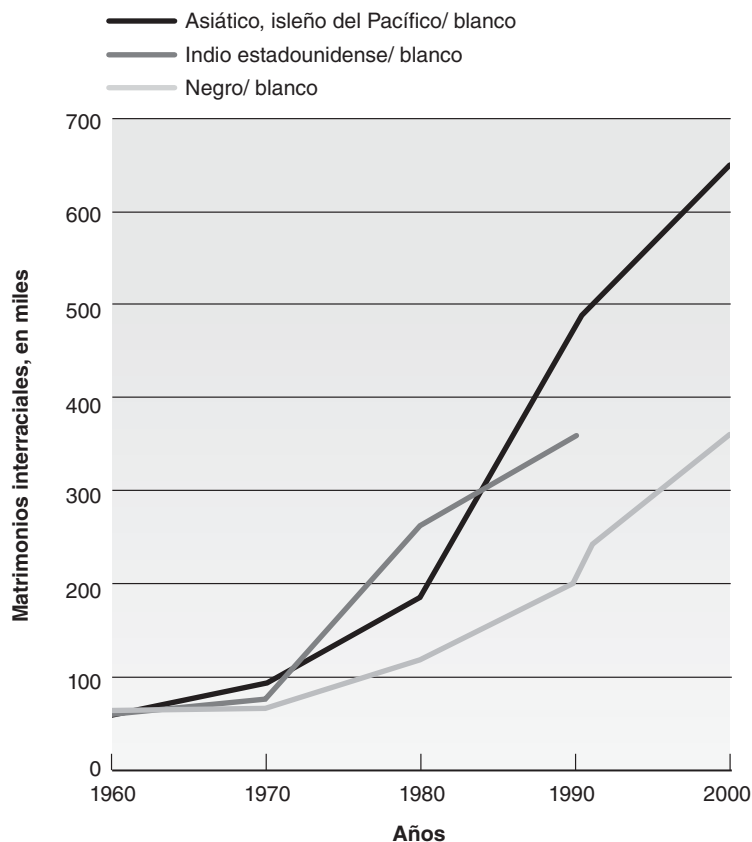
La película *The Women's Kingdom* versa sobre un pueblo en China que vive un fuerte matriarcado donde las palabras viuda, celos, papá no existen.



The Women's Kingdom

El matrimonio en el mundo occidental

El matrimonio basado en el amor promete compañía regular, gratificación sexual, un involucramiento amoroso y duradero y opciones de paternidad, todo dentro de la seguridad de una institución social legítima. En términos generales, las personas casadas son más felices y saludables, tanto física como psicológicamente, que los solteros (Horwitz y colaboradores, 1996; Prior y Hayes, 2003). Los hombres casados suben más rápidamente en el escalafón profesional y ganan más dinero que los solteros (Elder, 2005). Sin embargo, estos beneficios son ciertos sólo para algunos matrimonios. Cuando éstos son disfuncionales, los individuos tienen peor salud que en los matrimonios funcionales, como descubrió una encuesta nacional longitudinal. De hecho, tienen mayores riesgos de enfermedad que los divorciados. Además, los efectos de salud adversos de un matrimonio disfuncional son acumulativos: aumentan con el tiempo y se hacen más graves en edades avanzadas (Umberson y colaboradores, 2006).



Fuente: Leland y Beals (1997, p. 60), y Fields y Caspar (2001).

➔ **Figura 13.3** Aumento en los matrimonios interraciales desde 1960. Los datos de enlaces entre indios estadounidenses y blancos no fueron registrados después de 1990 debido a la pequeñez de la muestra.

Los investigadores concluyeron que las relaciones interraciales, o están menos cargadas con los problemas de las parejas de la misma raza, o bien los individuos en una relación interracial son más efectivos en el manejo de problemas (Troy y colaboradores, 2006).

La falta de aceptación de los noviazgos y del matrimonio interracial en Estados Unidos ha sido experimentada tanto por los negros como por los blancos (Cosse, 2003; Teich, 2006). Las comunidades étnicas han llegado a considerar que los individuos de las minorías que forman pareja con blancos son “traidores a la raza” (Pan, 2000; Zia, 2003). Las encuestas de opinión muestran que cerca de 30% de los estadounidenses blancos se sigue oponiendo a los compromisos maritales entre blancos y negros (Goodheart, 2004). Sin embargo, tales actitudes son menos comunes entre los adultos jóvenes, 60% de los cuales ha tenido citas con alguien de otra raza

Matrimonio interracial

Apenas en 1967 el matrimonio interracial estaba prohibido en más de una docena de estados de la unión americana. El mestizaje, sexo entre miembros de diferentes razas, sin importar si estaban o no casados, también era ilegal hasta que la Corte Suprema de ese país abolió tales leyes discriminatorias y racistas en 1967 (Moran, 2001). Desde entonces, el matrimonio interracial ha aumentado de manera drástica, de menos de 1% de todas las uniones en 1970, hasta más de 5% en el año 2000, como refleja la **figura 13.3** (Pew Research Center, 2006). En las islas asiáticas del Pacífico, 20% de los casados tiene un cónyuge no asiático, y 6% de los afroamericanos está unido con gente de otra raza (Leland y Beals, 1997). Las tasas de matrimonio interracial son más altas en California que en cualquier otro estado; ahí 10% de los lazos conyugales son mixtos (O'Connor, 1998).

Uno de los pocos estudios sobre calidad de la relación en parejas interraciales encontró que éstas y las de la misma raza eran similares en conflictos y estilos de apego. Sin embargo, las primeras reportaron mayor satisfacción de pareja que las formadas por miembros de la misma raza. Los investiga-

(O'Connor, 1998). Además, 22% de los adultos tiene un familiar cercano que está casado con alguien de otra raza (Pew Research Center, 2006).

Las superestrellas que pertenecen a múltiples etnias, como la cantante Mariah Carey y el golfista Tiger Woods, han favorecido la cultura de la mezcla étnica. Uno de cada 19 niños nacidos en nuestros días, comparado con 1 de cada 100 en 1970, es de raza mixta. Las categorías raciales y étnicas estándares del censo de negros, blancos, asiáticos y latinos son demasiado simples para la población actual, y en el año 2000 el censo brindó por primera vez la opción de indicar *raza mixta* (Clementson, 2000b).

Expectativas y patrones maritales cambiantes

Existe una gran discrepancia entre el ideal del matrimonio estadounidense y las prácticas reales de vínculo conyugal (Corliss y Steptoe, 2004). Aunque la cohabitación, las altas tasas de divorcio y las relaciones sexuales extramaritales son todas incompatibles con el ideal tradicional, se encuentran muy difundidas. De hecho, las áreas políticamente más conservadoras del país, el llamado *cinturón bíblico*, tienen algunas de las más altas tasas de divorcio y de madres solteras (Coontz, 2005). Algunas razones para las contradicciones entre el matrimonio ideal y el real tienen que ver con cambios en las expectativas maritales y el marco social de éste.

Las parejas contemporáneas por lo general se casan por amor y se comprometen legalmente esperando satisfacer sus necesidades emocionales, espirituales, sociales, económicas y quizá de paternidad o maternidad (T. Edwards, 2000; Gager y Sanchez, 2003). Además, muchas personas esperan que la felicidad sea un producto, probable, que no garantizado, del matrimonio. Irónicamente, conforme las expectativas sobre éste han aumentado, la red de apoyo de nuestra sociedad para esta institución ha disminuido. Las familias extensas y las pequeñas comunidades ofrecen menos apoyo ahora, y ponen en el vínculo conyugal grandes exigencias tendentes a satisfacer una gran variedad de necesidades. A menudo, las parejas se ven presionadas a buscar ayuda externa para que apoye con las labores domésticas, el cuidado de los hijos, la subvención financiera y el soporte emocional. Aunque los retos de compartir la vida diaria en un matrimonio enriquecen y satisfacen a muchas parejas, también pueden desilusionar a otras (Patz, 2000). Además, la gente ahora vive más que en el pasado, lo que requiere que los matrimonios estén a la par de las necesidades cambiantes de cada compañero durante muchos años.

La llegada de los hijos representa retos significativos para la pareja. Un análisis de 90 estudios encontró un descenso de 42% en la satisfacción marital después del nacimiento del primogénito, y una ligera caída adicional con cada hijo. Hasta 50% de los nuevos padres experimentan un nivel de estrés marital tan alto como el de las parejas que están en terapia para solucionar sus problemas (Picker, 2005). Las investigaciones también han puesto de manifiesto que en las relaciones maritales que tienden más a permanecer felices con la paternidad, el esposo entiende la vida interna de su esposa, la admira y activamente mantiene vivo el romance (Gottman, 2000).

Predicción de la satisfacción marital

Los estudios conducidos por el psicólogo John Gottman y sus colegas revelaron sorpresivamente criterios precisos para predecir el éxito matrimonial. Sus hallazgos, que se describen a continuación, se resumen y analizan en los libros de Gottman *Why Marriages Succeed or Fail* (1994), *What Predicts Divorce* (1993) y *The Seven Principles for Making Marriage Work* (2000). Gottman no estudió a parejas de homosexuales ni de lesbianas que llevaban mucho tiempo viviendo juntas. Algunos de sus hallazgos se aplican a las parejas del mismo sexo, pero no así los patrones basados en las relaciones hombre/mujer. Su equipo utilizó una extensa base de datos extraída de 20 diferentes estudios de 2 000 parejas. Cada vez que los cónyuges discutían algún problema en su

matrimonio, eran grabados en video y monitoreados para ver cambios fisiológicos (como aquellos en la frecuencia cardíaca y la presión sanguínea). Usando esta información combinada con cuestionarios y entrevistas de seguimiento, Gottman y sus asociados identificaron varios patrones que predicen la discordia marital, la desdicha y la separación. La identificación de tales patrones ha creado las bases para predecir con más de 90% de precisión si una pareja se separará en los primeros años del matrimonio. Estos patrones son:

- Una proporción de por lo menos cinco interacciones positivas por cada interacción negativa.
- Expresiones faciales de disgusto, miedo o desdicha.
- Altos niveles de frecuencia cardíaca.
- Comportamientos defensivos, como dar excusas y negar la responsabilidad por los desacuerdos.
- Expresiones verbales de desprecio por parte de la esposa.
- Indiferencia del marido (no mostrar respuesta alguna cuando la esposa expresa sus preocupaciones).

La proporción de cinco interacciones positivas por una negativa es la clave. Gottman resumió: “Es el balance entre interacciones emocionales positivas y negativas en un matrimonio lo que determina el bienestar, donde los buenos momentos de placer mutuo, pasión, humor, apoyo, amabilidad y generosidad sobrepasan los malos ratos de quejas, críticas, enojo, disgusto, desprecio, susceptibilidad y frialdad” (1994, p. 44). Esta proporción de 5 a 1 es más importante que lo mucho que una pareja discute o qué tan compatibles son social, económica y sexualmente. Cuando las parejas mantienen o mejoran esta proporción, pueden tener matrimonios duraderos y satisfactorios sin importar su particular estilo de relación. La investigación de Gottman encontró que tanto hombres como mujeres dicen que la calidad de la amistad con su cónyuge es el factor más importante en la satisfacción marital (Gottman y Silver, 2000). El recuadro de Ante todo, la salud sexual contiene una prueba diseñada por Gottman.

Éste encontró otros patrones críticos en los recién casados que terminan en matrimonios felices y estables (Gottman y colaboradores, 1998). Estos patrones de éxito son diferentes para hombres y mujeres. Por lo común, ellas son las que inician las conversaciones acerca de las preocupaciones y problemas en el matrimonio. Si lo hacen con suavidad y calma, significa que tienen un matrimonio feliz y estable. Por otro lado, los que aceptan la influencia de su esposa terminan en matrimonios buenos y duraderos. Los que rechazan sus solicitudes y preocupaciones, en esencia, los que rechazan compartir el poder con la esposa, se encuentran en matrimonios infelices e inestables que tienen más probabilidades de terminar en divorcio. La habilidad del esposo para aceptar la influencia de su cónyuge no se relaciona con la edad, ni con el ingreso, la ocupación o el nivel de escolaridad.

El contenido de las expresiones puede erosionar la satisfacción y la longevidad marital.



Bliss © 1998 Reimpreso con autorización de Stephen Hersh.

Conozca a su pareja

Evalúe la fuerza de su relación con esta prueba preparada por John Gottman.

Verdadero o falso

1. Puedo nombrar a los mejores amigos de mi pareja.
2. Puedo decir cuáles son las actuales preocupaciones de mi pareja.
3. Conozco los nombres de algunas de las personas que han estado irritando a mi pareja últimamente.
4. Puedo decirles algunos de los sueños de mi pareja.
5. Puedo contarles la filosofía básica de vida de mi pareja.
6. Puedo hacer una lista de los familiares que le caen mal a mi pareja.
7. Siento que mi pareja me conoce muy bien.
8. Cuando estamos lejos, pienso con cariño en mi pareja.
9. Con frecuencia acaricio o beso a mi pareja con afecto.
10. Mi pareja en verdad me respeta.
11. Hay fuego y pasión en nuestra relación.
12. Definitivamente el romance sigue siendo parte de nuestra relación.
13. Mi pareja aprecia las cosas que hago en esta relación.
14. A mi pareja le gusta mi personalidad, en términos generales.
15. Nuestra vida sexual es generalmente satisfactoria.
16. Al final del día, mi pareja se alegra de verme.
17. Mi pareja es uno de mis mejores amigos.
18. Simplemente nos encanta hablar entre nosotros.
19. Hay un verdadero intercambio en nuestras conversaciones (ambos tenemos influencia).
20. Mi pareja me escucha con respeto, incluso cuando no está de acuerdo.
21. Mi pareja casi siempre es de gran ayuda para resolver los problemas.
22. Engranamos bien con respecto a los objetivos y valores básicos de la vida.

Puntaje. Anótese 1 punto por cada respuesta verdadera.

Más de 12 puntos: tiene mucha fuerza en su relación. Felicidades.

Menos de 12 puntos: su relación puede mejorar, sobre todo si se trabaja en los aspectos básicos, como enriquecer la comunicación.

Aunque estos patrones son únicos para cada sexo, la interacción positiva entre ellos es evidente: una mujer se inclinará más en usar un inicio suave si sabe que su marido responderá de buena manera, y éste tenderá más a aceptar la influencia de una esposa que inicia con diplomacia la discusión de un problema.

Comportamiento y satisfacción sexual en el matrimonio

Comparados con los grupos de investigación de Kinsey, las mujeres y los hombres casados en Estados Unidos parecen estar participando en un repertorio más amplio de comportamientos sexuales y disfrutando más la interacción erótica. La frecuencia y la duración del juego sexual antes del coito se ha incrementado, con más adeptos que se enfocan en el juego mismo en lugar de verlo como preparación para el coito. La estimulación oral de los senos y la estimulación manual de los genitales han aumentado, al igual que el sexo oral (felación y cunilingus) (Clements, 1994; Laumann y colaboradores, 1994).

La satisfacción sexual y la calidad de la relación en el matrimonio generalmente van de la mano, como en otras uniones aparte del matrimonio, donde aquella está asociada con la satisfacción en la relación, el compromiso amoroso y la estabilidad (Aponte y Machado, 2006; Sprecher, 2002). Los datos indican una ligera mayor satisfacción sexual en las personas casadas que en las solteras, como se muestra en la



© Mark Hanauer/Corbis

Las parejas casadas están participando en una gran variedad de comportamientos sexuales y disfrutando de la interacción sexual con mayor frecuencia que en épocas anteriores.

➔ TABLA 13.1

Estatus de relación y experiencia del orgasmo

	Siempre o generalmente tienen un orgasmo con la pareja	
	Hombres (%)	Mujeres (%)
Noviazgo	94	62
Vida en común	95	68
Casado	95	75

Fuente: Laumann et al. (1994).



Pensamiento crítico

¿Por qué piensa usted que las mujeres casadas tienden a sentirse menos satisfechas con su vida sexual que los hombres casados?

➔ **tabla 13.1.** En un análisis extenso de los datos de la Encuesta Nacional sobre la Salud y la Vida Social (NHSLs), las parejas informaron que la calidad de las relaciones sexuales disminuyó un poco a mayor duración del matrimonio (Liu, 2003).

Hombres y mujeres casados no están satisfechos de igual manera con su vida sexual. Las investigaciones indican que ellas reportan menores niveles de satisfacción que sus maridos (Liu, 2003). Esta diferencia es un tema complicado, y las causas son desconocidas. Liu especuló que la baja satisfacción femenina tiene su origen en dos factores. Primero, la esposa experimenta el orgasmo en menos experiencias sexuales que su esposo. Segundo, como las mujeres por lo general invierten más tiempo y esfuerzo en la relación que los hombres, tienen más expectativas de la calidad de la relación sexual que ellos.

Las uniones sin sexo no son raras en los matrimonios. Un psicólogo que entrevistó a gente casada de entre 25 y 55 años dijo: “Quedé asombrado de cuántas parejas casadas dijeron que no habían tenido relaciones sexuales en años” (Murray, 1992, p. 64). El ex secretario de Trabajo de Estados Unidos Robert Reich tuvo razón al referirse a las parejas que trabajan mucho con este acrónimo: DINS —doble ingreso, no sexo— (Deveny, 2003). Las exigencias del empleo, lavar, arreglar la podadora de césped, socializar con dos grupos de amigos y familiares y otras incontables actividades pueden reducir el tiempo y la energía que una pareja tiene para compartir. Es importante notar, sin embargo, que la falta de interacción sexual no siempre significa que el matrimonio sea malo. El sexo no es, y quizás nunca lo fue, la principal prioridad. Y, como dijo el psicólogo antes mencionado: “Hay muchas formas de conexión humana. Estas parejas no están dispuestas a sacrificar un matrimonio que está funcionando en otros niveles” (Murray, 1992, p. 64).

Como hemos visto en esta sección, el matrimonio generalmente es un reto, y las parejas que se casan a menudo se desilusionan por no poder cumplir esperanzas y planes. A pesar de las dificultades de la institución, muchas parejas del mismo sexo esperan poder casarse. Las organizaciones legales, con ayuda de homosexuales, lesbianas y heterosexuales, están intentando con vigor obtener para todas las parejas, independientemente del sexo de su compañero, el derecho legal de casarse. Este polémico tema se analiza en el recuadro Sexo y política, p. 408: “¿Matrimonio legal para parejas del mismo sexo?”



© The New Yorker Collection 2004. Christopher Weyant de cartoonbank.com. Todos los derechos reservados.

“No, yo pienso que debe haber una ley en contra del no-sexo en el matrimonio”

sexuales, lesbianas y heterosexuales, están intentando con vigor obtener para todas las parejas, independientemente del sexo de su compañero, el derecho legal de casarse. Este polémico tema se analiza en el recuadro Sexo y política, p. 408: “¿Matrimonio legal para parejas del mismo sexo?”

➔ Relaciones extramaritales

Relación extramarital
Interacción sexual de una persona casada con alguien que no es su cónyuge.

El término **relación extramarital** se refiere a la interacción sexual entre una persona casada y alguien que no es su cónyuge. Es un concepto general que no hace distinción entre las muchas maneras en que ocurre la actividad sexual extramarital. Tal actividad puede ser secreta o estar basada en un arreglo entre los miembros de la pareja de

casados. Puede ser casual o involucrar un profundo vínculo emocional, y durar poco o mucho tiempo. En ocasiones, ocurre dentro del contexto de un estilo de vida alternativo, como el intercambio de parejas (*swinging*) o el poliamor.

La mayoría de las sociedades tiene normas restrictivas con respecto al sexo extramarital, típicamente más constreñidas para mujeres que para hombres. Por ejemplo, a lo largo de la historia, en Pakistán las mujeres convictas por adulterio habían sido condenadas a muerte o a sentencias en prisión. En 2006, el presidente pakistaní Pervez Musharraf modificó una ley para que las más de 6 000 mujeres que purgaban una pena con este cargo pudieran ser liberadas bajo fianza (UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, 2006). En contraste, algunas sociedades estudiadas antes de 1970 habían permitido el sexo extramarital, como se describe en el siguiente recuadro de Sexualidad y diversidad.

SEXUALIDAD Y DIVERSIDAD

Actitudes hacia la sexualidad extramarital en otras culturas

Los aborígenes de Arnhem Land, en el oeste de Australia, aceptan abiertamente las relaciones sexuales extramaritales tanto para mujeres como para hombres. Admiten con agrado la variedad de experiencias y la ruptura de la monotonía que ofrecen las aventuras fuera del matrimonio. Como resultado de estas vivencias, muchos reportan un aumento en la apreciación y la vinculación con su cónyuge.

Entre los marquesanos de Polinesia hay una aceptación tácita de esta práctica. Una esposa marquesana a menudo toma como amantes a muchachos jóvenes, a los amigos de su esposo o a familiares. De manera inversa, su esposo puede tener relaciones sexuales con chicas jóvenes o con sus cuñadas. Esta cultura apoya de manera abierta las prácticas de intercambio de parejas y hospitalidad sexual, en la cual a los visitantes sin acompañante se les ofrece acceso sexual al anfitrión del sexo opuesto. Algunos grupos de esquimales también practican la hospitalidad sexual, en la cual la anfitriona casada tiene relaciones sexuales con el visitante varón (Gebhard, 1971).

Para los turu del centro de Tanzania, el matrimonio es una cooperativa económica y un vínculo social. En general se piensa que el afecto entre esposo y esposa está fuera de lugar; la mayoría de los miembros de esta sociedad cree que la relación marital se pone en riesgo por la inestabilidad del amor y el afecto. Los turu han desarrollado un sistema de amor romántico, el *mbuya*, que les permite buscar afecto fuera del hogar sin poner en riesgo la estabilidad del matrimonio principal. Tanto el marido como la mujer buscan de forma activa las relaciones externas (Gebhard, 1971).

Relaciones extramaritales consensuadas

Las **relaciones extramaritales consensuadas** ocurren en parejas donde ambos compañeros saben y acceden a tener relaciones sexuales fuera del matrimonio. Existen diferentes tipos de arreglos que caen bajo la categoría de relaciones extramaritales consensuadas. Brevemente estudiaremos estos tipos de aventuras: intercambio de parejas (*swinging*), matrimonio abierto y poliamor.

Intercambio de parejas

El **intercambio de parejas**, *swinging* o sexo comarital, es una forma de sexo extramarital consensuado compartida por una pareja de casados (Atwood y Seifer, 1997). Antes a esta actividad se le conocía como *intercambio de esposas*, pero sus seguidores desecharon

Relación extramarital consensuada Una relación sexual que ocurre fuera del matrimonio con el consentimiento del cónyuge.

Intercambio de pareja Permuta de parejas maritales para la interacción sexual.

¿Matrimonio legal para parejas del mismo sexo?

Más adelante en este capítulo veremos que las personas heterosexuales de edad avanzada están tomando cada vez más la decisión de vivir en pareja sin contraer matrimonio legal. Sin embargo, muchas parejas de homosexuales y lesbianas junto con otros defensores de los derechos de este sector están luchando para que Estados Unidos se una a Sudáfrica, España, Canadá, Dinamarca, Bélgica y los Países Bajos en el reconocimiento del derecho de los homosexuales a contraer matrimonio (Human Rights Campaign, 2006). ¿Por qué es tan importante asegurar este derecho? Primero, terminaría con la discriminación en esta institución legal regulada por el gobierno (Wolfson, 2005). Los que se oponen a los enlaces maritales entre personas del mismo sexo tienden a creer que la homosexualidad es inmoral y que el reconocimiento legal de tal matrimonio implicaría la aprobación del gobierno a relaciones que a ellos les parecen objetables. No obstante, la ley civil no les niega el derecho de casarse a otros individuos que tampoco cuentan con la aprobación de los demás y que son verdaderos delincuentes, como los evasores de impuestos, o padres abusivos y criminales condenados a la pena de muerte (Kitch, 2006, F2). En conciencia, ¿cómo puede un país democrático negar el derecho al matrimonio a parejas del mismo sexo que respetan las leyes y pagan sus impuestos? Como un estudiante aclaró: “Lo que siento por el matrimonio es lo mismo que siento por el ejército. No es una institución a la que me gustaría pertenecer, pero si existe, debería estar abierta para todos” (Gaboury, 2005, p. 30).

El gobierno estadounidense ha cambiado las leyes del matrimonio basado en la igualdad de derechos muchas veces en la historia. Acabó con la subordinación de la mujer en el matrimonio cambiando las leyes que prohibían a las casadas tener propiedades y hacer contratos. Volvió ilegal la violación marital (Coontz, 2005a). Las leyes finalmente establecieron el derecho de los individuos de diferentes razas a casarse. Además, el principio del derecho a la privacidad condujo a que el acceso de las parejas casadas e individuos solteros a los anticonceptivos fuera legal. Las leyes también cambiaron para que fueran las parejas y no el gobierno quienes tomaran la decisión sobre su divorcio.

Cada vez que una ley fue modificada para establecer mayor igualdad y privacidad en el matrimonio, los oponentes pelearon contra el cambio diciendo que contrariaba la voluntad de Dios y que arruinaría esta institución. Sin embargo, tales cambios han ayudado al matrimonio a convertirse en una unión de individuos iguales que están juntos por amor y por un deseo de comprometerse a construir una vida juntos (Coontz, 2005). Además, la democracia estadounidense está basada en el principio de la separación del Estado y la Iglesia. La libertad de religión garantiza el derecho de cada Iglesia a no casar a determinada pareja por cualquier motivo. De manera inversa, ninguna religión debe dictar al gobierno qué parejas pueden obtener licencia de matrimonio y cuáles no (Wolfson, 2005). Sin embargo, la religión es una base común para la oposición al vínculo legal entre personas del mismo



AP

Los oficiales Jason Tree y David Connors, de la Real Policía Montada de Canadá, se casaron en su país el 30 de junio de 2006. Empezaron a salir ocho años antes, cuando estaban en la universidad (Hays, 2006).

sexo, como lo expresó William Bennett, editor del *Book of Virtues* y codirector de Empower America:

La unión legal de las parejas del mismo sexo destrozaría la definición convencional del matrimonio, cambiaría las reglas que gobiernan el comportamiento, respaldaría prácticas que son del todo antiéticas y contrarias a los principios de todas las religiones del mundo, enviaría señales conflictivas con respecto al matrimonio y la sexualidad, en particular a los jóvenes, oscurecería la enorme función consecuencial del matrimonio: la procreación y la crianza de los hijos. (Bennett, 1996, p. 27.)

En contraste, una persona que está en favor del matrimonio gay, Andrew Sullivan (antes editor senior de *The New Republic* y autor de *Virtually Normal: An Argument About Homosexuality*), escribió:

Lo que buscamos no es tener un lugar especial en Estados Unidos sino ser una parte completa e igual de Estados Unidos... Algunos de nosotros somos lo suficientemente afortunados para encontrar a la persona que en verdad amamos. Y queremos comprometernos con ella frente a nuestra familia y nuestro país para el resto de nuestra vida... ¿Por qué cualquier persona conservadora buscaría oponerse a esos valores familiares para los homosexuales que él o ella respaldaría para todos los demás? (Sullivan, 1996, p. 26.)

Sin el derecho legal al matrimonio, los casi 600 000 gays y lesbianas y sus hijos en Estados Unidos carecen de los más de 1 000 beneficios federales que tienen las parejas heterosexuales, incluyendo herencia, seguro social, custodia de los hijos, derechos de migración, pólizas de seguro mancomunadas.

das para salud, casa o auto, y estatus de afinidad para visitas hospitalarias e incluso para realizar los arreglos funerarios del compañero (Kitch, 2006). También existen beneficios psicológicos. Un estudio de dos años del impacto del matrimonio en las parejas de gays y lesbianas en Dinamarca, donde éstos tienen el derecho de casarse desde 1989, encontró que uno de los beneficios significativos para los casados de este sector era un profundo sentido de seguridad (Spedale y Eskridge, 2006).

En 2006, el 39% de la población general de Estados Unidos creía que el matrimonio del mismo sexo debería legalizarse. Los más jóvenes y las mujeres tendían a verlo más favorablemente que otros grupos (Gallup Poll, 2006). El apoyo para este tipo de enlaces ha aumentado y se espera que continúe así debido a las actitudes de mayor aceptación de los jóvenes (Dickinson, 2006).

Sin embargo, en 1996 el Congreso de Estados Unidos aprobó la Ley para la Defensa del Matrimonio, misma que firmó el presidente Bill Clinton y que negaba el reconocimiento legal a los matrimonios del mismo sexo y le concedía a los estados de la federación el derecho de no reconocer aquellos que se hubieran celebrado en otros estados. Para 2006, 41 estados habían aprobado leyes que prohibían el enlace conyugal entre miembros del mismo sexo (Taylor, 2006). Muchos quedaron perplejos por el nombre “Ley para la Defensa del Matrimonio”, preguntándose cómo el evitar los matrimonios homosexuales “defendía” los heterosexuales. Como dice el republicano conservador Bob Hall: “La enmienda contra el matrimonio gay no va a ayudar gran cosa a mi matrimonio. Si ustedes piensan que protegerá su vínculo conyugal, ese matrimonio ya está muerto” (Hall, 2006, p. 1). Irónicamente, en 2003 Massachusetts, donde el matrimonio del mismo sexo es legal, tuvo la más baja tasa de divorcio en Estados Unidos: 5.7 por cada 1 000 personas casadas. En contraste, algunos de los



Scott Gries/Getty Images

En su especial de televisión de HBO *Never Scared*, Chris Rock dijo: “La gente siempre dice que no puede haber matrimonio entre gays porque ésta es una institución sagrada. ¡No, no lo es! ¡No en Estados Unidos, al menos! ¡No con programas como *¿Quién quiere casarse con un millonario?* y *El soltero* y ¡¿Quién quiere casarse con un enano?!”



¿Y la pareja es hombre o mujer?

Reimpreso con autorización de Peter Steiner, AAP Bulletin, mayo de 2004, p. 34.

estados donde predomina una fuerte oposición al vínculo legal entre personas del mismo sexo tienen las tasas de divorcio más altas: 10.8 por cada 1 000 personas casadas en Kentucky y 12.7 en Arkansas (Goldberg, 2006).

En 2003, un desarrollo significativo de la controversia sobre el matrimonio del mismo sexo incluyó un intento del Congreso de aprobar una enmienda a la constitución de Estados Unidos que lo prohibiría. La enmienda volvería constitucional la discriminación contra gays y lesbianas (White, 2006). El entonces presidente George W. Bush respaldaba la propuesta, pero no recibió el apoyo del Congreso en 2006. Algunos analistas políticos dijeron que el gobierno utilizó la controversia sobre este tema para influir en las encuestas y aumentar la concurrencia de otros electores que votarían por candidatos políticos de extrema derecha (Dickinson, 2006).

En contraste con esas medidas discriminatorias, en 2004 Massachusetts firmó un derecho constitucional al matrimonio entre personas del mismo sexo, con lo que se convirtió en el primer estado en otorgar licencias para bodas de parejas gays

Continúa...

y lesbianas (Belluck y Zezima, 2004). Previamente, la Corte Suprema de Vermont legisló que era inconstitucional negar los beneficios del matrimonio a las parejas del mismo sexo; acto seguido, la legislatura del estado estableció una ley que permitía a estas parejas tener “uniones civiles” (Moats, 2004). Connecticut y California también han aprobado uniones civiles para gays y lesbianas. El distrito de Columbia, Hawai, Maine y Nueva Jersey convalidaron leyes que dan a las parejas gays y heterosexuales no casadas algunos derechos que antes eran exclusivos de las parejas heterosexuales casadas. Los matrimonios sancionados por el estado y las uniones civiles otorgan cerca de 300 derechos, beneficios y responsabilidades que los estados extienden a las parejas de heterosexuales casados. Sin embargo, las leyes estatales que reconocen los matrimonios o uniones civiles del mismo sexo no incluyen el reconocimiento de las parejas en otros estados ni los beneficios descritos del matrimonio. Un beneficio del matrimonio federal que se le otorgó a las parejas del mismo sexo a mediados de 2006, cuando el Congreso aprobó la ley y el presidente Bush la firmó, es una nueva cláusula de retiro que sólo estaba disponible para parejas casadas. La Pension Protection Act permite a un ciudadano estadounidense designar a cualquier de otro connacional (sin importar el estado civil ni el sexo del individuo) heredero de su plan de retiro sin carga impositiva inmediata (Solomonese, 2006).

En 2005, una encuesta de Pew Research encontró que por primera vez la mayoría de los encuestados en Estados Unidos, 53%, favoreció el otorgamiento de arreglos legales que le den los mismos derechos a las parejas del mismo sexo que a las parejas casadas (Pew Research Poll, 2005). Muchos

países del mundo han extendido varios tipos de beneficios de cónyuge a las parejas del mismo sexo, como se muestra en la **tabla 13.2**.

La controversia sobre el matrimonio civil legal para gays y lesbianas continuará en los niveles estatal y nacional durante los próximos años. El conflicto va mucho más allá de dos personas del mismo sexo casándose; también es acerca de lo que será Estados Unidos: “¿Es Estados Unidos una nación donde *todos* nosotros, minorías igual que mayorías, populares e impopulares, podamos tomar decisiones importantes en nuestra vida, o es una tierra de libertad y justicia sólo para algunos?” (Wolfson, 2005, p. 18).

➔ TABLA 13.2 Países con beneficios* de cónyuge para parejas del mismo sexo

Croacia	Dinamarca
Finlandia	Francia
Alemania	Hungría
Islandia	Israel
Nueva Zelanda	Noruega
Portugal	Eslovenia
Suecia	Suiza
Reino Unido	

*Los derechos son más limitados que los del matrimonio.

Fuente: Human Rights Campaign (2006).

este término porque implicaba la posesión masculina. El marido y la mujer participan de manera simultánea y en el mismo lugar, por lo general casas suburbanas, clubes o “convenciones” que buscan “aventuras sensuales con otras parejas”. En contraste, los clubes sexuales sirven para que los solteros o las parejas vean a otros tener sexo o participan en actividades de sexo recreativo con otros visitantes del club, mediante un pago.

Un documental transmitido en el año 2000, *The Lifestyle: Group Sex in the Suburbs*, ofreció una visión sobre el predominio y la naturaleza del intercambio de parejas contemporáneo. El cineasta encontró que todos los estados, excepto Dakota del Norte, tienen por lo menos un club de intercambio de parejas. Éstos ofrecen contactos para un estimado de 3 millones de adeptos en Estados Unidos (Chocano, 2000). La película contiene entrevistas con participantes típicos de esta práctica: clase media, de mediana edad, suburbanos, casados, que consideran el sexo recreativo como algo que mejora las relaciones sexuales en sus matrimonios duraderos. El filme muestra que el sexo grupal y la expresión bisexual entre mujeres, pero no entre hombres, son comunes en la cultura de intercambio de parejas (Holden, 2000).

Matrimonio abierto

Arreglo en el que los cónyuges, con permiso mutuo, tienen relaciones íntimas con otras personas al igual que con su pareja marital.

Matrimonio abierto y poliamor

El libro *Open Marriage*, de George y Nena O'Neill, publicado en 1972, llamó la atención pública hacia el concepto de **matrimonio abierto**, en el cual marido y mujer acceden a tener relaciones íntimas y sexuales fuera de su matrimonio. Un término más

reciente, *monogamia manejada*, se refiere a los acuerdos que los compañeros primarios negocian uno con el otro para tener sexo fuera de su relación (Hanus, 2006).

El *poliamor* se ha convertido en el término que la gente usa para describir relaciones sexuales múltiples consensuadas. Los poliamores se distinguen de las interacciones no monógamas por su énfasis en el compromiso emocional en las relaciones sexuales múltiples. En la bibliografía donde se defiende este tema se enfatiza: “Se trata de una no monogamia responsable, de uniones éticas, honestas, que consisten de tríos, grupos de parejas y familias creadas intencionalmente” (Wise, 2006). En 2005 el gobierno holandés reconoció el contrato de cohabitación de tres personas entre una pareja casada y otro individuo, lo que constituyó la primera unión poliamorosa reconocida por un gobierno. Después de firmar el contrato, los tres tuvieron una ceremonia y una luna de miel (Hanus, 2006).

Relaciones extramaritales no consensuadas

En el **sexo extramarital no consensuado**, una persona casada participa en una relación sexual fuera del matrimonio sin el consentimiento (y presumiblemente sin el conocimiento) de su cónyuge. Las encuestas indican que cerca de 15% de las mujeres y 22% de los hombres han tenido relaciones sexuales fuera del matrimonio (Ali y Miller, 2004). A esta forma de comportamiento se le ha dado muchos nombres: *adulterio*, *infidelidad*, *tener una aventura*, *poner los cuernos*, etc. Estos nombres negativos reflejan el hecho de que más de 90% del público estadounidense considera que el sexo extracónyugal siempre o casi siempre está mal (Treas y Giesen, 2000).

Sexo extramarital no consensuado Interacción sexual en la que una persona casada participa en una relación sexual externa sin el consentimiento o conocimiento del cónyuge.

¿Qué tan comunes son las aventuras extramaritales?

La NHSLs, con su muestra de 3 432 estadounidenses de 18 a 59 años, brinda las actuales tasas de aventuras extramaritales. Aunque 94% de los sujetos casados indicó que había sido monógamo el año anterior, la encuesta reportó tasas de relaciones externas en algún momento de su matrimonio en 25% de los hombres y en 15% de las mujeres (Laumann y colaboradores, 1994). Las encuestas más recientes han mostrado resultados similares (Miller, 2004). La  **tabla 13.3** muestra una comparación global del porcentaje de adultos que dicen que han tenido relaciones extramaritales.

¿Por qué la gente tiene aventuras?

Existen muchas teorías complejas acerca de las razones para practicar el sexo extramarital no consensuado. En parte, los conflictos intrínsecos de la naturaleza humana contribuyen. Como la autora Erica Jong explicó: “Somos criaturas de parejas, como los gansos o los cisnes. También podemos ser promiscuos como los mandriles o los bonobos. Esos son los dos extremos de la sexualidad humana, con todos los grados de castidad y sensualidad que hay en medio” (2003, p. 48). En ocasiones las relaciones extramaritales no consensuadas son motivadas simplemente por un deseo de emoción y variedad, aun cuando un individuo no tenga quejas particulares acerca de su relación conyugal o incluso afirme que es satisfactoria (Straus, 2006).

Otro posible motivo es el deseo de la persona de establecer su sentido de individualidad y autonomía, que se han visto disminuidas dentro del contexto del matrimonio (Schnarch, 1991). Un individuo podría no estar lo suficientemente desarrollado en el plano emocional para ser sincero consigo mismo frente a la inconformidad o desaprobación de su compañera, así que busca una relación nueva y secreta para reforzar su yo (J. Shaw, 1997). Para algunas personas, la necesidad de confirmar que siguen siendo deseables para los miembros del sexo opuesto las lleva a buscar aventuras. En otros casos, la gente está muy insatisfecha con su matrimonio. Si las necesidades no son cubiertas dentro de éste, el tener un amante “ilícito” puede parecer muy tentador (Friedman, 1994). En algunas situaciones, las aventuras ofrecen el ímpetu

➔ TABLA 13.3

Porcentaje de la población de la Encuesta Mundial sobre el Sexo 2005 que tuvo por lo menos una aventura extramarital

Aventura extramarital (%)		Aventura extramarital (%)	
Israel	7	Estados Unidos	17
Polonia	10	Austria	18
España	10	Canadá	18
Alemania	11	Japón	21
Hong Kong	11	Bulgaria	22
Irlanda	12	Porcentaje global	22
Eslovaquia	12	República Checa	24
Malasia	14	Portugal	24
Reino Unido	14	Francia	25
China	15	Italia	26
Grecia	15	Sudáfrica	26
India	15	Suecia	26
Taiwán	15	Bélgica	28
Australia	16	Chile	30
Indonesia	16	Países Bajos	31
Nueva Zelanda	16	Finlandia	36
Tailandia	16	Vietnam	36
Croacia	17	Islandia	39
Serbia y Montenegro	17	Noruega	41
Singapur	17	Dinamarca	46
Suiza	17	Turquía	58

Fuente: Durex (2006).

de terminar con un matrimonio que ya no es satisfactorio (Brown, 1988). A veces, la razón para tener una relación externa es la falta de interacción sexual con la pareja. Una separación larga, una enfermedad debilitante, la incapacidad del compañero o la falta de deseo de relacionarse sexualmente pueden influir en una persona para buscar en otra parte la satisfacción erótica.

El secreto de un vínculo ilícito a menudo aumenta la intensidad. Los investigadores estudiaron este componente en las relaciones y encontraron que los sujetos analizados pasaron más tiempo pensando en las antiguas amantes que fueron mantenidas en secreto que en aquellas de las que su actual pareja estaba enterada (Wegner y colaboradores, 1994). Los investigadores también hicieron experimentos de laboratorio con estudiantes universitarios hombres y mujeres. Los sujetos fueron sentados en parejas mixtas para jugar cartas. Se pidió que cada pareja se acariciara los pies por debajo de la mesa mientras jugaban con otro par. En ocasiones, este escarceo de pies era oculto; otras veces no. Las parejas del grupo del juego secreto reportaron mayor atracción uno hacia el otro después de este contacto que aquellas cuyo jugueteo no fue velado. Los investigadores concluyeron que el secreto a menudo intensifica la atracción en las relaciones.

¿Existen diferencias entre las personas que son sexualmente exclusivas y aquellas que tienen relaciones sexuales fuera de su relación primaria? Los estudios han encontrado que la mayoría de los factores que aumentan la posibilidad de involucrarse en aventuras son características de la persona más que de la relación. Primero, la edad es importante: los individuos entre 18 y 30 años tenían dos veces más probabilidades de involucrarse en ellas que la gente de más de 50. Los hombres que habían participado en aventuras tenían mayor incidencia de abuso de sustancias y

expresaron más insatisfacción en su matrimonio que los que se sentían satisfechos con éste. Las actitudes sexuales más permisivas y el mayor interés en el sexo también fueron correlacionados con un aumento en el sexo extramarital. Cuando hombres y mujeres fueron agrupados de acuerdo con sus actitudes e intereses sexuales, las mujeres tuvieron las mismas probabilidades que los hombres de participar en este tipo de experiencias. Este hallazgo es contrario a otros estudios que mostraron mayor tendencia de los hombres a tener aventuras, pero en esos estudios las variables de actitud e interés sexual no fueron controladas (Atkins y colaboradores, 2005; Treas y Giesen, 2000).

El trabajo y las circunstancias de vida también juegan su papel. La gente tiende más a ser infiel cuando tiene mayor acceso a compañeros potenciales en el trabajo, viajes fuera de la ciudad o simplemente si vive en el relativo anonimato de una gran ciudad. El aumento en la fuerza de trabajo femenina también contribuye en gran parte al mayor número de mujeres que acepta aventuras amorosas. También cuando los individuos poseen vínculos débiles con los amigos de sus cónyuges y actividades, y no pertenecen a una comunidad religiosa, existen más probabilidades de tener un amante (Ali y Miller, 2004).

Un estudio de parejas en terapia marital encontró varias diferencias entre aquellas con problemas de infidelidad y aquellas donde ésta no había tenido lugar. Las primeras tenían mayor inestabilidad, deshonestidad, discusiones acerca de la confianza y tiempo separados (Atkins y colaboradores, 2005). La pregunta importante acerca de estas características maritales negativas sería: ¿cuál fue primero, la insatisfacción o la infidelidad? Es posible que la insatisfacción haya aumentado debido a la infidelidad o que la insatisfacción haya motivado la infidelidad. La persona que tiene la aventura podría tratar de manera diferente a su cónyuge debido a sus sentimientos de culpa o a la comparación entre su matrimonio y el entusiasmo de la nueva relación.

El papel de Internet en las aventuras

Con el acceso a Internet y sitios electrónicos, en específico para aquellos interesados en aventuras extramaritales, la oportunidad para un individuo de desarrollar relaciones íntimas y secretas fuera de su relación de compromiso ha adquirido nuevas dimensiones (Paul, 2004). Incluso una relación secreta a base de correos electrónicos puede cargarse emocionalmente y cruzar la línea que hay entre confiar en alguien y amar a alguien desde el punto de vista romántico (Teich, 2006). Aunque en una encuesta se encontró que 41% de los adultos (más hombres que mujeres) no considera las relaciones limitadas al ambiente cibernético como una infidelidad, muchos terapeutas de pareja han observado un aumento significativo en las parejas que llegan a terapia en crisis después de que un cónyuge descubriera un romance iniciado por Internet (Cooper, 2004; Ross, 2005; Tangeman, 2006). Al mismo tiempo que este medio de comunicación facilita encontrar con quién tener relaciones sexuales extramaritales, también facilita a los cónyuges (o patrones) el descubrimiento de tales relaciones.

El impacto del sexo extramarital en los individuos y en el matrimonio

La participación en aventuras extramaritales puede tener serias consecuencias para los participantes, incluyendo la pérdida del respeto a sí mismo, culpa severa, estrés asociado con llevar una vida secreta, daño a su reputación, pérdida del amor y complicaciones de infecciones de transmisión sexual. La dinámica del secreto típicamente tiene efectos dañinos sobre la calidad de la relación de pareja. El ocultamiento y las mentiras (incluso por omisión) dañan la conexión entre esposos y amplifican la ilusión de cercanía con el compañero de aventura. Como dijo un terapeuta sexual: “La infidelidad... consiste en tomar energía sexual de cualquier fuente, pensamientos, sentimientos y comportamientos fuera de una relación sexual comprometida, de tal manera que daña la relación, y entonces pretender que este flujo de energía no

afectará ni a la pareja ni la relación mientras permanezca oculta. Ocultar [estos sentimientos] debilita la relación, compromete la integridad y disminuye las opciones del otro compañero de ser responsable y receptivo” (J. Shaw, 1997, p. 27).

Los terapeutas de pareja sostienen diferentes opiniones acerca de si los cónyuges infieles deberían descubrir su romance ante su compañero o compañera. Sin embargo, las investigaciones sugieren que las parejas que están en terapia porque revelaron o descubrieron una aventura se benefician más que las que llegan por otros problemas. En contraste, cuando uno de los cónyuges en terapia de pareja le oculta su aventura al otro pero la descubre en el análisis, el compañero tiene menos probabilidades de beneficiarse de la orientación profesional. Las investigaciones también indican que los matrimonios reaccionan mejor cuando el infiel revela proactivamente su aventura a su cónyuge que si éste la descubre por sí mismo (Aaronson, 2005).

Independientemente de cómo un sujeto traicionado descubra la infidelidad, por lo general éste se siente devastado; puede experimentar una variedad de emociones, como sentimientos de insuficiencia y rechazo, ira extrema, resentimiento, vergüenza y celos. Los individuos divorciados a menudo mencionan las relaciones extramaritales como la causa de su separación. Sin embargo, el descubrimiento de la infidelidad no siempre pone fin a un matrimonio o daña su calidad. En algunos casos, esas crisis son beneficiosas y motivan a la pareja a buscar e intentar resolver las fuentes de discordia en la relación, un proceso que puede mejorar de manera considerable el vínculo matrimonial (Kalb, 2006; Wiviott, 2001).

➤ Divorcio

Actualmente, casi 96% de los adultos en Estados Unidos se ha casado en algún momento de su vida, pero se predice que 43% de los primeros matrimonios terminarán en un plazo de 15 años (Bergman, 2006; Kalb, 2006). Las investigaciones confirman que la proporción de los casamientos por primera, segunda o más veces que terminan en divorcio ha aumentado sobremanera desde la década de 1950, cuando una de cada

cuatro uniones legales llegaba a la disolución del vínculo conyugal. En Estados Unidos, para 1977 la proporción era de un divorcio por cada dos matrimonios. Desde 1977 esta proporción ha tendido a nivelarse y se ha mantenido estable. La mayoría de los divorciados se vuelve a casar. De hecho, cerca de la mitad de los matrimonios incluye por lo menos a una persona que se ha separado una o más veces (Straus, 2006).

Explicación de la alta tasa de divorcio

Varios investigadores han especulado sobre las causas de la elevada tasa de divorcios en Estados Unidos. Una causa muy acudida es el aumento

de las expectativas de satisfacción sexual y marital, lo que ha llevado a la gente a no querer insistir en uniones no satisfactorias. Otra causa es la comparativa facilidad para obtenerlo, sin culpa, desde la liberalización de las leyes de divorcio en la década de 1970. La disolución del vínculo matrimonial se ha hecho más sencilla, un proceso legal menos costoso, y como ahora es un fenómeno que ocurre con mayor frecuencia, el estigma social en su contra ha disminuido. En un intento por reducir las tasas de divorcio, Louisiana, Arkansas y Arizona han establecido la opción de un “pacto ma-



“Nada de medidas heroicas.”

© The New Yorker Collection 1998 Mike Twohy de cartoonbank.com.
Todos los derechos reservados.

rimonial”, que lo mismo que antes de las leyes sin culpa para divorciarse, sólo permite la disolución conyugal por algunas causas como la infidelidad. Aparentemente, pocas personas están interesadas en criterios más estrictos para el divorcio, ya que menos de 2% de las parejas comprometidas opta por el pacto matrimonial en estos estados (Pollitt, 2005).

Como el divorcio se ha hecho más común, más niños han sido criados por padres separados. Las investigaciones muestran que las personas criadas por padres en esta condición tienden más al divorcio que aquellas cuyos progenitores lograron mantener su matrimonio (Amato, 2001). Sin embargo, quienes permanecen juntos en matrimonios infelices podrían no evitar que sus hijos se divorcien de su futuro cónyuge. Los adultos jóvenes que creen que sus progenitores deberían terminar su unión matrimonial tienden más a tener perspectivas positivas del divorcio aun cuando sus padres tengan puntos de vista negativos (Kapinus, 2005).

La elevada independencia económica de la mujer (una tercera parte de las casadas gana más dinero que su esposo) aumenta la importancia de la satisfacción en la relación sobre la dependencia económica en la decisión de la mujer para divorciarse (Goad, 2006). Las investigaciones han revelado otra variable asociada con los matrimonios que se disuelven legalmente: la edad al momento de casarse. La gente que se casa en su adolescencia tiene dos veces más probabilidades de separarse que quienes lo hacen entre los 20 y 29 años. Los individuos que se casan después de los 30 tienen aún menores tasas de separación. La correlación entre la edad al momento de contraer nupcias y la tasa de divorcio es de particular interés a la luz de una clara tendencia ascendente en la edad media del primer matrimonio. Antes de 1900 muchas parejas de Estados Unidos se casaban mientras aún eran adolescentes. En 1950, la edad media era de 22 años para los hombres y 20 para las mujeres; en nuestros días, la edad media para el primer matrimonio en Estados Unidos es de 25.8 para las mujeres y 27.1 para los hombres (Bergman, 2006). La nivelación e incluso el ligero descenso en las tasas de divorcio en ese país refleja, en parte, la influencia de una mayor edad al momento de casarse.

También parece haber un relación inversa entre el nivel de escolaridad y la tasa de divorcio: entre más baja es la escolaridad mayor es el índice de disolución conyugal. (Schoen y Cheng, 2006). La única excepción es un desproporcionado índice entre las mujeres que tienen posgrado. Quizás la elevada independencia económica y social de las mujeres profesionales contribuye a esta excepción en los patrones de divorcio (Amato y Previti, 2003; Martin y Bumpass, 1989).

Razones que la gente da para divorciarse

Un estudio ha brindado evidencia empírica necesaria de lo que dicen los divorciados acerca de la causa de su separación (Amato y Previti, 2003). Los investigadores admiten que el estudio no puede identificar si la percepción que tienen las personas de su desvinculación representa las causas reales o reconstrucciones del hecho. En la muestra nacional aleatoria de individuos divorciados, los encuestados señalaron la infidelidad como la causa más frecuente. También reportaron mala calidad de la relación, falta de comunicación, incompatibilidad, choque de personalidades y alejamiento. Otras razones fueron problemas graves como alcoholismo, uso de drogas y abuso físico y mental.

ORIGINAL

FILED
JUN 13 - 5 PM 12:24
Spencer

1 DOA
2 GOODMAN & CHESNOFF
3 DAVID Z. CHESNOFF, ESQ.
4 Nevada Bar No. 2292
5 RICHARD A. SCHONFELD, ESQ.
6 Nevada Bar No. 6815
7 520 South Fourth Street
8 Las Vegas, Nevada 89101
9 Attorneys for Plaintiff

DISTRICT COURT
CLARK COUNTY, NEVADA

10 BRITNEY JEAN SPEARS,)
11 Plaintiff,)
12 vs.) **CASE NO. D311371**
13 JASON ALLAN ALEXANDER,) **DEPT NO. J**
14 Defendant.)

DECREE OF ANNULMENT

16 This cause coming on for summary disposition before the above-entitled court, and after
17 reviewing the pleadings and papers on file, the Court finds as follows:
18
19 1. That the Court has complete jurisdiction in the premises, both as to the subject matter
20 thereof as well as the parties hereto;
21
22 2. That this Court has jurisdiction under NRS 125.360 as the parties were married in Las
23 Vegas, Nevada;
24
25 3. That the parties were married on the 3rd day of January, 2004, in Las Vegas, Nevada;
26
27 4. That there are no minor children, either adopted by the parties or the issue of this
28 marriage and Plaintiff Spears is not currently pregnant;
29
30 5. That there is no community property to be divided by the Court;

LAW OFFICES
OF GOODMAN & CHESNOFF
520 SOUTH FOURTH STREET
LAS VEGAS, NEVADA 89101-1818
PHONE 702-384-1000
FAX 702-384-1008

Frederick M. Brown/Getty Images

Los matrimonios de celebridades como Britney Spears y Jason Alexander, de 55 horas de duración, hacen parecer trivial el significado del compromiso en el matrimonio.



Pensamiento crítico

En la investigación de las razones que la gente da para divorciarse, los hombres tienden a decir que no saben por qué su matrimonio terminó, y las mujeres tienden a atribuir el divorcio al comportamiento problemático de sus maridos. ¿Cómo explica usted esta diferencia?

Hombres y mujeres dieron diferentes razones. Ellas tuvieron más la tendencia a expresar que el comportamiento problemático de su esposo era la causa de su divorcio, mientras que los hombres tendieron más a decir que no la conocían. El estatus socioeconómico (ESE) fue otra variable que provocó diferencias. Los individuos divorciados con alto ESE se inclinaron a atribuir su divorcio a la falta de amor y comunicación, incompatibilidad y egoísmo de su cónyuge, mientras que los de bajo ESE mencionaron problemas financieros, abuso y alcoholismo como los factores principales. En términos de adaptación emocional positiva posterior a la separación, las personas que percibían que habían iniciado el divorcio se adaptaron mejor que aquellas que dijeron que su compañero lo había iniciado (Amato y Previti, 2003).

Ajuste al divorcio o separación de relaciones duraderas

Aunque la cadena de eventos que llevan al matrimonio es única para cada individuo, la mayoría de las personas se casa con la esperanza de que la relación sea duradera. El divorcio a menudo representa la pérdida de esta esperanza al igual que la pérdida del cónyuge, del estilo de vida, de la seguridad de la familiaridad y parte de la propia identidad; también representa a menudo cambios en los momentos y circunstancias de paternidad (DeGarmo y Kitson, 1996). En el siguiente análisis nos referimos a la separación como divorcio, pero la gente que termina relaciones íntimas no maritales también puede experimentar esta pérdida (Sbarra, 2006).

La pérdida que una persona siente durante un divorcio o la separación de una relación significativa a menudo es comparable con la que se experimenta cuando muere un ser querido (Napolitane, 1997). En ambos casos la persona atraviesa por un periodo de duelo, pero no existe ningún ritual reconocido por la sociedad para ayudar a terminar una relación. Al principio, el sujeto puede experimentar *shock*: “Esto no puede estar pasándome a mí.” Lo que sigue es un periodo de desorientación, una sensación de que todo nuestro mundo se ha puesto de cabeza. Las emociones volátiles pueden aparecer. Los sentimientos de culpa toman fuerza. La soledad es común. Aprender a buscar ayuda en otras personas para encontrar apoyo emocional puede disminuir la sensación de soledad. Finalmente (por lo general después de varios meses o un año) llega una sensación de alivio y aceptación. Luego de meses de separación, la persona que no logre desarrollar un sentimiento de aceptación podría beneficiarse de una ayuda profesional.

Aunque muchos de los sentimientos que acompañan el final de una relación son molestos y dolorosos, existe un potencial de crecimiento personal en el proceso de ajuste. Muchas personas experimentan un emocionante sentido de autonomía. Otros descubren que estar soltero presenta oportunidades para experimentar dimensiones de ellos mismos que estuvieron sumergidas en el matrimonio. El final de una relación o vínculo conyugal importante puede ofrecer una oportunidad de examinarse a uno mismo y el pasado propio, un proceso que puede llevar a una nueva vida.

A pesar de los retos del divorcio, la mayoría de las personas que recurren a él se vuelven sexualmente activas dentro del primer año posterior a la terminación de su matrimonio (Stack y Gundlach, 1992). Además, alrededor de cuatro de cada cinco se vuelven a casar, la mayoría dentro de los tres primeros años posteriores a la separación (Lown y Dolan, 1988).

Sexualidad y envejecimiento

En los últimos años de vida, mucha gente empieza a notar que ciertos cambios ocurren en sus patrones de respuesta sexual, como se describió en el capítulo 6. Algunas mujeres y hombres que entienden la naturaleza de estos cambios, los aceptan con ecuanimidad. Otros los observan con preocupación. Una fuente importante de la

confusión y la frustración que muchas personas mayores sienten es la noción de que la vejez es un época asexual (Kellett, 2000).

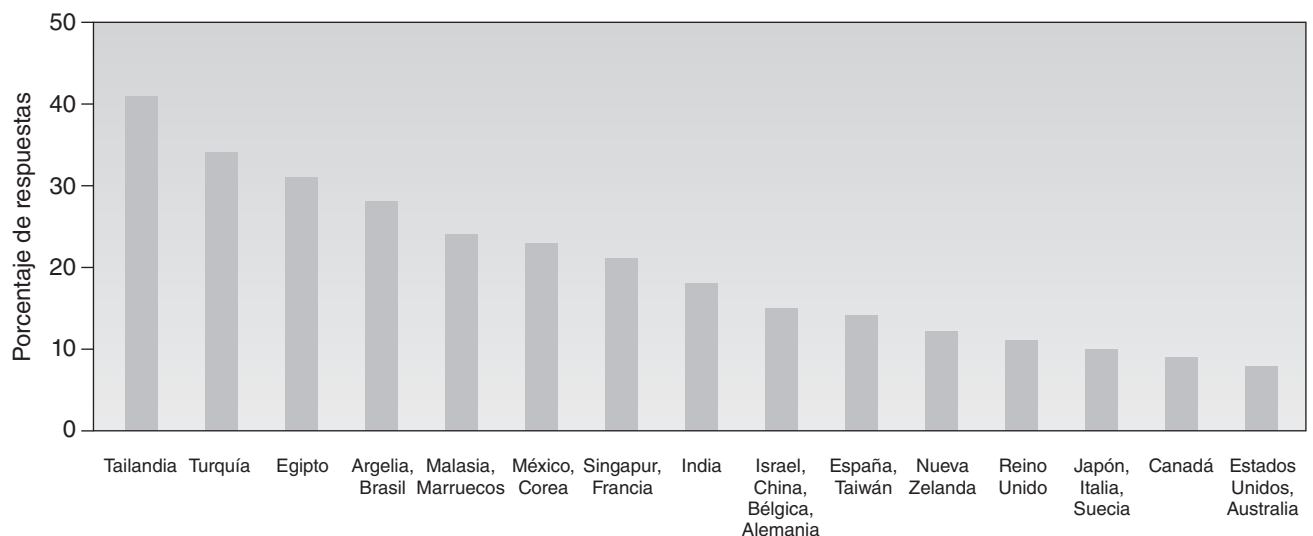
¿Por qué la vejez en varias sociedades en general está asociada con la falta de sexo? (véase la **figura 13.4** para hacer una comparación global). Parte de la respuesta es que la cultura estadounidense, por ejemplo, aún está influenciada por una filosofía que iguala la sexualidad con la procreación y hace parecer como algo no aceptable que las personas mayores tengan y expresen sus necesidades sexuales. Además, los medios por lo general ligan el amor, el sexo y el romance con la juventud. Sin embargo, como el porcentaje de personas de la tercera edad sigue aumentando, la mercadotecnia promociona cada vez con mayor frecuencia anuncios sensuales y vibrantes donde aparecen hombres y mujeres maduros (Jarrell, 2000). Además, a medida que la generación que alcanzó la edad adulta durante la llamada “revolución sexual” llegue a la ancianidad, la noción de una vejez sin sexo puede hacerse obsoleta (Kingsberg, 2002; Zilbergeld, 2001).

El doble estándar y la vejez

En los capítulos anteriores hemos visto cómo se relaciona el doble estándar con la expresión sexual masculina y femenina durante la adolescencia y la edad adulta. Las suposiciones y prejuicios implícitos en el doble estándar continúan en la vejez, y ponen una carga particular en las mujeres (Scott, 2003). Aunque sus capacidades sexuales pueden conservarse a lo largo de toda la vida, la imagen cultural de una mujer eróticamente atractiva en general es la de una joven. Los medios populares suelen representar a las mujeres mayores ya sea como nodrizas o como manipuladoras vengativas, y rara vez como seres sexuales. De hecho, en estos medios son escasas: las actrices mayores de 40 años sólo representan 9% de los papeles en las películas, mientras que los actores en el mismo grupo de edad encarnan 30% de los papeles (Jeffery, 2006).

En contraste, el atractivo sexual masculino a menudo aumenta con la edad. Por lo general, se piensa que el cabello gris y las arrugas en la cara son señales de distinción en el hombre, de experiencias de vida acumuladas y sabiduría. Asimismo, es común que los logros del hombre y el estatus social, que por lo común aumentan con la edad, se asocien con su atractivo sexual. En contraste, los logros profesionales de la mujer pueden ser percibidos como una amenaza por los potenciales compañeros.

Figura 13.4 Porcentaje de encuestados en cada país que estuvo de acuerdo con la expresión: “Los viejos ya no tienen sexo.”



Fuente: Adaptado de *Global Study of Sexual Attitudes and Behavior* (2002).



© Evan Agostini/Getty Images

Se le ha dado mucha atención en los medios al romance de Demi Moore y Ashton Kutcher debido a que Moore es 15 años mayor que Kutcher. En contraste, la diferencia de 25 años entre Michael Douglas y Catherine Zeta-Jones ha recibido menos atención.



© Kevin Winter/Getty Images

Las parejas de hombres mayores y hermosas mujeres jóvenes reflejan este doble estándar de la vejez. El matrimonio de un hombre de 55 años y una mujer de 25 genera mucho menos reacción que el de una mujer de 55 y un hombre de 25. Como usted esperaría, las parejas de hombres mayores y mujeres jóvenes son más comunes que las inversas. Sin embargo, una encuesta encontró que 34% de mujeres de más de 40 años salían con varones jóvenes, y que ahora muchas de ellas se casan con hombres más jóvenes que en el pasado (Coontz, 2006; Mahoney, 2003).

En respuesta al doble estándar de la vejez, la escritora Susan Sontag presentó un punto de vista alternativo:

Las mujeres tienen otra opción. Pueden aspirar a ser inteligentes, no sólo agradables; a ser competentes, no sólo útiles; a ser fuertes, no sólo graciosas; a ser

ambiciosas por sí mismas, no sólo en relación con los hombres y los hijos. Pueden envejecer naturalmente y sin vergüenza, protestando de manera activa y desobedeciendo las convenciones que nacen de este doble estándar de la sociedad acerca de la vejez. En lugar de ser jóvenes, tanto como sea posible, para luego envejecer de forma humillante y convertirse en mujeres maduras y luego pasar obscenamente a ser viejas, pueden convertirse en mujeres con mucha mayor anticipación y permanecer como adultas activas, disfrutando de la larga carrera erótica de la cual las mujeres son capaces por más tiempo. (Sontag, 1972, p. 38.)

Actividad sexual en los últimos años

Hemos visto que nuestra sociedad tiende a percibir los últimos años como una época en la que la sexualidad ya no tiene lugar en la vida de las personas. ¿Qué dicen las investigaciones acerca de la realidad entre la gente mayor en nuestra propia sociedad? Para muchos adultos mayores la sexualidad es parte de lo que enriquece y llena su vida. De hecho, las investigaciones indican que el interés y la actividad erótica continúan como parte natural del envejecimiento (Beckman y colaboradores, 2006; Nusbaum y colaboradores, 2005). Para algunos, la sexualidad puede mejorar durante la vejez. De una muestra representativa de individuos de 60 años, el 61% de los que eran sexualmente activos dijo que su vida íntima presente era igual o más satisfactoria físicamente que cuando tenían 40 (Dunn y Cutler, 2000). Como dijo una mujer de 76 años:

Cuando me casé, hace 47 años, mi esposo y yo teníamos 29 y éramos vírgenes. Me enseñaron que el sexo era sólo para procrear, así que fue difícil la adaptación mutua. Los años de tener bebés, de criar a los hijos y, para mi esposo (un adicto al trabajo), de establecerse en su profesión, nos tomó mucho tiempo y esfuerzo, y el sexo no era una parte importante de nuestra vida. Ahora tenemos 76 años y con el don del tiempo, la buena salud y la seguridad económica, nuestra vida sexual es maravillosa y parte importante de nuestra existencia. De verdad son los mejores años que hemos vivido. (Archivo de los autores.)

Investigaciones realizadas con mujeres casadas de 50 años o más encontraron que su satisfacción sexual se correlacionaba con (en orden de importancia descendente): la satisfacción marital general, mayor asiduidad de orgasmos para ellas y su marido, y mayor frecuencia de coito y actividad sexual sin coito (Young y colaboradores, 2000).

Una encuesta nacional representativa de hombres y mujeres de 60 años y más encontró que cerca de la mitad son sexualmente activos. “Sexualmente activo” fue definido como la participación en coito vaginal, sexo oral, sexo anal o masturbación por lo menos una vez al mes (Dunn y Cutler, 2000). Mucha gente permanece en esta categoría después de los 80 años y hasta mucho después, ajustándose de forma exitosa a los cambios físicos descritos en el capítulo 6 (Budd, 1999). Sin embargo, el número de personas que tienen actividad sexual sí descende con cada década, como se muestra en la **tabla 13.4**. Además, las personas que siguen siendo sexualmente activas cada vez tienen relaciones sexuales con menor frecuencia.



© Bruce Ayres/Getty Images

La necesidad de afecto y de intimidad sexual se extiende a los años de la vejez, que puede ser un momento de compartir y acercarse.

➤ TABLA 13.4 Porcentaje de adultos sexualmente activos

	Hombres (%)	Mujeres (%)
Sexualmente activo de 60 a 69 años	71	51
Sexualmente activo de 70 a 79 años	57	30
Sexualmente activo de 80 a 89 años	25	20

Fuente: Dunn y Cutler (2000).

Durante la vejez también pueden desarrollarse nuevas relaciones sexuales (Vasconcellos y colaboradores, 2006). Una mujer de 67 años explicó:

Ocho años después de la muerte de mi esposo conocí a un viudo en una gira turística por Nueva Orleans. La atracción física fue intensa para ambos. Habíamos dejado de tener relaciones sexuales por muchos años, pero dos días después de descubrirnos la una al otro estábamos en la cama con la ropa tirada en el piso. El sexo (que ninguno de nosotros estaba seguro de poder lograr) fue sensacional. Estábamos muy enamorados, pero decidimos no casarnos porque ambos amábamos nuestros hogares, necesitábamos espacio y éramos económicamente independientes. Nuestros hijos aceptan nuestro estilo de vida y están muy felices con nuestro respectivo compañero. (Archivo de los autores.)

Muchos adultos mayores tienen romances, y una encuesta encontró que 22% de los hombres y 14% de las mujeres dijeron que encontrar a alguien para casarse o convivir era la razón más importante para tener un romance (Kantrowitz, 2006). Las amistades no sexuales con gente de ambos sexos pueden ofrecer contacto físico afectivo, cercanía emocional, estimulación intelectual y oportunidades para socializar (Jacoby, 1999). Una red de apoyo de amigos cercanos ayuda a minimizar la soledad y mantiene el entusiasmo por la vida (Potts, 1997). De hecho, los estudios revelan que la gente que tiene contacto con amigos cercanos (una familia por selección propia) viven más que las personas que sólo se apoyan en su cónyuge e hijos (Tyre, 2006).

La actividad sexual de los adultos mayores se pone en evidencia, por desgracia, con el aumento en la incidencia del VIH/sida en este grupo (Yared,

? Pensamiento crítico

¿Por qué más hombres que mujeres mayores están muy interesados en encontrar a alguien con quien vivir o casarse?

2004). Cerca de 61% de los adultos mayores solteros y activos sexualmente dice tener relaciones sexuales sin protección (Kantrowitz, 2006), y 10% de los mayores de 50 años tiene uno o más factores de riesgo pero no se somete a las pruebas. Muchos profesionales de la salud no buscan infecciones de transmisión sexual de manera rutinaria en este sector, pero muchas agencias de salud le ofrecen seminarios sobre sexo seguro (Levy, 20001; McGinn y Skipp, 2002).

Factores en el mantenimiento de la actividad sexual

Los estudios de Kinsey y sus colegas (1948, 1953) revelaron una estrecha correlación entre el nivel de actividad sexual de una persona al inicio de la vida adulta y en los últimos años. Otra investigación reportó una correlación de este indicador para ambos sexos antes de la edad media y en los últimos años (Bretschneider y McCoy, 1988; Leiblum y Bachmann, 1988). La actividad sexual constante a lo largo de la vida puede reflejar un alto impulso erótico y actitudes positivas hacia la sexualidad, ya que ambos son influencias significativas en el deseo y la respuesta sexual (DeLamater y Sill, 2005).

Típicamente, el factor más crucial que influye en la actividad sexual en la vejez es la salud. La mala salud y las enfermedades tienen un mayor impacto sobre el funcionamiento sexual que la edad en sí misma. En relaciones duraderas, la mala salud de una persona también limita la expresión sexual del compañero (Vasconcellos y colaboradores, 2006). Además de contribuir a la salud en general y sexual, el ejercicio físico regular, una dieta y peso saludable y abstenerse de consumir alcohol o ingerirlo moderadamente ayudan a mantener el deseo y la respuesta sexual (Harvard Health Publications, 2006).

Los adultos mayores a menudo encuentran nuevas técnicas para mantener o mejorar el disfrute sexual a pesar de los cambios fisiológicos progresivos. El sexo oral, ver material sexual explícito, las fantasías, la estimulación manual y el uso de vibradores son algunas de las variaciones que las parejas integran a sus experiencias eróticas. Cuando el contacto genital se hace menos frecuente, el interés, las actividades no genitales como los besos, las caricias y los abrazos pueden permanecer sin cambio o aumentar (Kellett, 2000). La apertura a experimentar y desarrollar nuevas estrategias sexuales con un compañero que las apoye es importante para continuar con la satisfacción sexual (Bachmann, 1991).



© Ferdinand Sciana/Magnum Photos

Las relaciones sexuales pueden mejorar en los últimos años de vida cuando los individuos redefinen sus vínculos sexuales y afectivos.

Relaciones homosexuales en los últimos años

Muchos de los retos y de las recompensas del envejecimiento son experimentados por los adultos independientemente de su orientación sexual. Los gays y las lesbianas experimentan algunos aspectos únicos del envejecimiento. Algunos están mejor preparados para manejar los ajustes de la edad que muchos hombres y mujeres heterosexuales, porque el haber enfrentado las adversidades de pertenecer a un grupo estigmatizado a lo largo de su vida puede ayudarlos a prepararse para lidiar con las pérdidas que llegan con la ancianidad (Altman, 1999). Además, muchos han creado una red mucho más extensa de amigos que los apoyan que la mayoría de los heterosexuales (Alonzo, 2003; Nystrom y Jones, 2003).

Los estudios han encontrado que los gays y las lesbianas mayores igualan o exceden a los grupos comparables de la población en general cuando se mide la satisfacción de la vida (Woolf, 2001).

En un estudio de gays hubo un cambio a lo largo del tiempo hacia un menor número de parejas sexuales, pero la frecuencia de la actividad erótica permaneció muy estable, y 75% estaban satisfechos con su vida sexual actual. La mayoría de estos hombres reportó que socializaba principalmente con amigos de la misma edad. Socializar y tener amigos contemporáneos es un aspecto importante de la satisfacción de vida de



Stone Soup © Jan Elliot. Reimpreso con autorización de Universal Press Syndicate. Todos los derechos reservados.

los homosexuales mayores, porque el escenario de bares y baños donde la juventud y la apariencia física definen el deseo, a menudo no es un ambiente hospitalario para ellos (Berger, 1996).

Como grupo, las lesbianas tienen algunas ventajas sobre las heterosexuales mayores (Koch, 2001). Las investigaciones muestran que la mayoría prefiere a mujeres de edad similar como pareja (Daniluk, 1998). Por lo tanto, una lesbiana mayor tiende menos a enviudar que una heterosexual, porque las mujeres tienden a vivir más que los hombres. Si su compañera muere, no se enfrentará a un limitado grupo de potenciales compañeros varones elegibles. Además, las mujeres tienden menos que los hombres a basar la atracción en un ideal físico, así que el doble estándar del envejecimiento es problema menor para las lesbianas que para las heterosexuales (Berger, 1996).

El último amor

Las personas que siguen envejeciendo pueden desarrollar una unidad del ser que trasciende los limitados papeles y la experiencia de vida de la juventud. La intimidad puede involucrar el compartir ese ser multidimensional integrado (Friedan, 1994; Wales y Todd, 2001). Un terapeuta sexual y de pareja explica:

La esencia de la intimidad sexual no radica en dominar específicas habilidades sexuales... sino en la habilidad de permitirse a uno mismo conocer y dejarse conocer a profundidad por su compañero. Tan fácil de articular, tan difícil de conseguir, esta habilidad de las parejas de realmente verse uno a otro, de ver al interior del otro durante el sexo, requiere valor, integridad y madurez para enfrentarse a uno mismo e, incluso más atemorizante, transmitir ese ser —todo lo que uno es capaz de sentir y expresar— al compañero... El erotismo adulto es más una función de maduración emocional que de respuesta fisiológica. (Schnarch, 1993, p. 43.)

El verdadero tesoro del “último amor” de las parejas que han experimentado suficiente vida para conocerse profundamente a sí mismos y al otro puede hacer que el “primer amor” de las parejas palidezca al hacer la comparación (Schnarch, 1993). Como dice un proverbio turco: “El amor joven es de la Tierra, y el último amor es del cielo” (Koch-Straube, 1982).

Viudez

Aunque un cónyuge puede morir al inicio o a la mitad de su edad madura, la viudez generalmente ocurre al final de la vida. En la mayoría de las parejas heterosexuales, el hombre muere primero, una tendencia que se hizo más pronunciada durante el siglo xx.



© David Young-Wolff/PhotoEdit

El periodo de transición que sigue a la muerte de un cónyuge puede ser muy traumático, pero después de la etapa de duelo muchos individuos vuelven a casarse.

Hay más de cuatro viudas por cada viudo (U.S. Bureau of the Census, 2002). Los hombres mayores sin pareja a menudo buscan compañeras jóvenes, lo cual reduce la posibilidad de compañeros potenciales para las mujeres heterosexuales mayores.

La adaptación posmarital de la viudez es diferente de alguna manera a la del divorcio. Las personas viudas por lo regular no tienen la sensación de haber fracasado en su matrimonio. El dolor puede ser más intenso, y la calidad del vínculo emocional hacia el compañero muerto a menudo es muy elevada. Para algunos sujetos este lazo emocional sigue siendo tan fuerte que otras posibles relaciones parecen tenues al compararlas. Sin embargo, muchas personas cuyos cónyuges han muerto se vuelven a casar: cerca de la mitad de los viudos y una cuarta parte de las viudas (Lown y Dolan, 1988).

R E S U M E N

Vida de soltero

- Aunque la vida de soltero se considera como un periodo de transición antes, entre o después del matrimonio, muchos la adoptan como estilo de vida a largo plazo.
- La proporción de individuos que nunca se han casado ha aumentado dramáticamente desde 1970 en hombres y mujeres de entre 20 y 30 años.

Cohabitación o concubinato

- Casi 5.5 millones de parejas cohabitaban (vivían juntos sin casarse) en el año 2000.
- La cohabitación es más común entre gente de 20 a 29 años.
- Aunque las parejas que cohabitan antes de casarse parecen tener un mayor riesgo de problemas maritales y divorcio que las que no han vivido bajo un mismo techo antes del matrimonio, los efectos exactos del concubinato todavía no se conocen bien.

Matrimonio

- Muchos gobiernos en el mundo ven el matrimonio en crisis y están tratando de influir en su papel de moldear la sociedad.
- En una única cultura matriarcal en China, mujeres y hombres viven toda su vida en la casa de su madre. La mujer escoge al hombre en el que está interesada y éste acude a su habitación en las noches y se va en las mañanas, situación que dura mientras sienten amor y atracción.

- Apenas en 1967, el matrimonio interracial estaba prohibido en más de 12 estados de la unión americana. Hoy los adultos jóvenes aceptan más los noviazgos y los matrimonios interraciales.
- Las expectativas de matrimonio para satisfacer muchas necesidades y las pocas redes de respaldo para las parejas y sus hijos son parte de lo que hacen de esta institución un reto.
- La investigación puede predecir con cierto grado de exactitud la probabilidad de que una pareja sea feliz en su matrimonio.
- Las parejas casadas ahora participan en una mayor variedad de comportamientos sexuales que en el pasado.
- El conflicto acerca del matrimonio legal entre personas del mismo sexo se centra en cuestiones de la discriminación y la separación de la Iglesia y el Estado.

Relaciones extramaritales

- Las relaciones extramaritales consensuadas ocurren con el conocimiento y el acuerdo del cónyuge.
- El intercambio de parejas es una práctica en la que se tienen relaciones sexuales con otras parejas de manera simultánea y en el mismo lugar.
- El matrimonio sexualmente abierto y el poliamor pueden incluir componentes emocionales, sociales y sexuales en una relación extraconyugal.
- Las relaciones extramaritales no consensuadas ocurren sin el consentimiento del cónyuge.
- El estudio NHSLS encontró que 25% de los hombres casados y 15% de las mujeres casadas han tenido un encuentro extramarital en algún momento de su matrimonio.

- No está claro si los problemas en el matrimonio son causa o resultado de un romance extramarital no consensuado.
- La Internet ha facilitado a la gente tener aventuras fuera de matrimonio y a los cónyuges descubrir esta aventura.

Divorcio

- El 43% de los primeros matrimonios termina en divorcio en los primeros 15 años.
- Los divorcios aumentaron de manera dramática a partir de la segunda mitad del siglo xx hasta a finales de la década de 1970. A partir de esos años ha habido casi un divorcio por cada dos matrimonios.
- Algunas de las causas de la alta tasa de separación conyugal son: la liberación de las leyes del divorcio, la reducción del estigma social vinculado con éste, las expectativas irreales de la satisfacción marital y sexual, y un aumento en la independencia económica de la mujer.
- Las mujeres tienden a reportar que el comportamiento problemático de su marido las lleva al divorcio, y los hombres tienden más a decir que no saben la causa de la disolución del vínculo matrimonial.
- La separación conlleva muchos ajustes emocionales, sexuales, interpersonales y de cambios de vida.

Sexualidad y envejecimiento

- Las opciones de expresión sexual cambian en los años de la vejez, y muchos individuos siguen disfrutando sus relaciones sexuales.
- La buena salud física es a menudo la variable más importante para mantener el funcionamiento y la satisfacción sexual.
- Los gays y las lesbianas podrían estar mejor preparados para manejar el envejecimiento, dada la adversidad que ya han aprendido a enfrentar y la extensa red de amigos que han establecido.
- Debido a que los hombres tienden a morir antes que las mujeres, hay más de cuatro viudas por cada viudo.

📖 Lecturas recomendadas

Coontz, Stephanie (2005). *Marriage: A History*. Nueva York: Penguin Group. Esta autora ganadora de premios brinda una historia amplia de la evolución del matrimonio, desde las uniones arregladas por la familia o por política para adquirir riquezas, poder y propiedades, hasta el ideal del siglo xix de matrimonio por placer, amor e intimidad.

Glass, Shirley (2002) *Not Just Friends*. Nueva York: Free Press. Análisis de un experto sobre la infidelidad de la relación que inicia como amistad y se convierte en un romance pasional, incluso cuando el matrimonio actual sea satisfactorio.

Gottman, John, y Nan Silver (2000). *The Seven Principles for Making Marriage Work*. Nueva York: Crown Publishers.

Un libro que combina la ciencia y el romance y que utiliza los hallazgos de las investigaciones para ayudar a las parejas a fortalecer su matrimonio. Incluye ejercicios y listas de comprobación en talleres de pareja.

Hetherington, Mavis (2002). *For Better or for Worse: Divorce Reconsidered*. Nueva York: Norton. Un libro que presenta los resultados de 40 años de investigación en 1 400 familias y 2 500 niños, y que concluye que muchos niños y adultos sobreviven de buena manera durante los años que siguen al divorcio.

Strauss, Jillian (2006). *Unbooked Generation: The Truth About Why We're Still Single*. Nueva York: Hyperion. Entrevistas con 100 hombres y mujeres solteros de los veinte a los treinta, con aversión al compromiso, producto de la generación inalámbrica que les ofrece un sinfín de opciones.

📖 Recursos en la Web

Sitio web CengageLearning

Visite www.cengage.com/highered para enlazarse con diversos recursos, como preguntas de repaso, actividades interactivas, vínculos con Internet, ejercicios de pensamiento crítico, foros de discusión y muchos otros servicios. También puede acceder a los sitios desde el Wadsworth Psychology Study Center (<http://psychology.wadsworth.com>) o conectarse directamente a los siguientes sitios:

Nota. Tenga en cuenta que este material es independiente del libro y que las páginas que lo contienen pueden ser modificadas o eliminadas sin previo aviso.

The Couples Place

La información gratuita sobre la formación y mejora de las relaciones es accesible para los visitantes públicos de este sitio, y para los que se registran como miembros existen otros recursos adicionales.

DivorceSource

Este sitio brinda información sobre varios aspectos del divorcio en la sociedad estadounidense, incluyendo manutención y custodia infantil, pensiones y orientación. Además, existe un diccionario de divorcio, acceso a artículos y publicaciones relacionados, y salas de *chat* en vivo.

Aging and Sexuality Resource Guide

La bibliografía y los recursos recientes relacionados con los temas de envejecimiento y sexualidad han sido compilados en este sitio por la American Psychological Association. Los directorios incluyen libros, publicaciones, revistas y organizaciones.

Web MD

Busque *sex* y *aging* (sexo y envejecimiento) para tener acceso a numerosos artículos sobre varios aspectos de la tercera edad.



Sitio web de apoyo a la obra en inglés

Visite el sitio web de la obra (*Our Sexuality Book Companion Website*) en

<http://latinoamerica.cengage.com/crooks> y elija la décima edición de este libro. Haga clic en "Apoyo electrónico para el estudiante". Allí encontrará herramientas que le ayudarán a aprovechar al máximo su tiempo de estudio: encuestas de actitud, crucigramas, temas de ensayo, tarjetas mnemotécnicas de los principales conceptos y sus definiciones, un glosario general, preguntas de opción múltiple y falso-verdadero, vínculos con sitios web sobre temas relacionados con cada capítulo, bibliografía general y un examen final. Asimismo, encontrará un vínculo para comprar el acceso a más material suplementario en línea: CengageNow.



CengageNow ¡Exactamente lo que necesita saber AHORA!

Dedique tiempo a lo que necesita dominar, no a la información que ya aprendió. CengageNow es un paquete de recursos electrónicos que le ayudará en su aprendizaje. Realice una prueba preliminar del capítulo, y CengageNow generará un plan personalizado de estudio a partir de sus resultados. El plan identificará los temas que debe repasar y lo dirigirá a los recursos en línea que le servirán para dominarlos. Después efectuará una prueba para determinar los conceptos que ya aprendió y aquellos en los que todavía debe trabajar. Visite el sitio www.cengage.com/login si ya tiene su código de acceso. Si no cuenta con él, siga el vínculo *Buy Now*. Escriba *Our Sexuality* en el campo de título. Elija la décima edición de este libro. Haga clic sobre la opción *CengageNow*. Se desplegará una solicitud de acceso y los precios en dólares americanos.



Biblioteca en línea InfoTrac College Edition

Investigue si su institución cuenta con un convenio de uso de InfoTrac, una de las mejores y más vastas bibliotecas en línea del mundo en el ámbito educativo. Conéctese a www.cengage.com/login para acceder a InfoTrac College Edition, biblioteca de consulta en línea que contiene multitud de revistas, muchas exclusivamente sobre la sexualidad humana: *Archives of Sexual Behavior*; *Archives of Sexual Health Behavior*; *Canadian Journal of Human Sexuality*; *Hispanic Journal of the Behavioral Sciences*; *Journal of Cross-Cultural Psychology*; *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*; *Journal of Sex Research* y *Sex Roles*.

Dificultades sexuales y soluciones



► Dificultades sexuales específicas

- ¿Cuál es el problema más común que lleva a las personas a visitar a los terapeutas sexuales?
- ¿Cuáles son los síntomas de una aversión sexual?
- ¿Cuál es la definición de *disfunción eréctil*?
- ¿Qué porcentaje de mujeres no ha tenido un orgasmo?
- ¿Qué tan común es la eyaculación precoz?
- ¿Qué condiciones pueden causar coito doloroso en hombres y en mujeres?

► Orígenes de las dificultades sexuales

- ¿Qué tipo de problemas médicos y medicamentos interfieren con la función sexual?
- ¿Qué factores de una relación pueden crear problemas sexuales?

► Bases para la mejora sexual y la terapia sexual

- ¿Cómo pueden los individuos aumentar su propio conocimiento sexual?
- ¿Cuáles son las guías para el placereado?
- ¿Cuáles son los pasos para una mujer que quiere aprender a experimentar un orgasmo?
- ¿Cuál es el proceso para solucionar el vaginismo?
- ¿Cómo puede un hombre aprender a prolongar su excitación antes de eyacular?
- ¿Cuál es el curso típico de una terapia para un hombre que tiene dificultad con sus erecciones?
- ¿Qué medicamentos existen para las mujeres con deseo sexual hipoactivo?
- ¿Cómo puede alguien elegir un terapeuta sexual?

Me hubiera gustado que mi primera vez hubiese sido mejor. Habría tenido relaciones con alguien que al menos me gustara, en vez de con alguien que lo haría conmigo. Ambos estábamos bastante tomados, pero yo no lo suficientemente ebrio para olvidar qué tan rápido me vine. Se esparció el rumor, y evité tener relaciones sexuales por mucho tiempo. Mi primera novia fue bastante buena onda sobre esto y después de un tiempo pude relajarme y durar más. (Archivo de los autores.)

La salud sexual, “un estado físico, emocional, mental y sexual de bienestar relacionado con la sexualidad”, va más allá de identificar y tratar problemas de esta índole (Sadosky y Nussbaum, 2006, p. 3). Esta definición de salud sexual aportada por la Organización Mundial de la Salud es la que nos guía en la discusión de este capítulo sobre varios problemas sexuales, relativamente comunes, los factores que frecuentemente contribuyen a ellos, la autoayuda y el enfoque de la terapia para tratar de resolverlos. Investigaciones indican que los problemas en este campo son bastante comunes. La prevalencia de conflictos sexuales de la Encuesta Nacional de la Salud y la Vida Social (NHLS) se muestra en la **tabla 14.1**. Sin embargo, individuos que los experimentan pueden no siempre sentirse preocupados o sexualmente insatisfechos. Por ejemplo, la NHLS encontró que 43% de las mujeres declaró haber experimentado algún tipo de disfunción sexual. Sin embargo, una muestra aleatoria telefónica subsecuente (menos rigurosa que la de la NHLS) del Instituto Kinsey también le preguntó a las mujeres si consideraban su falta de interés, excitación u orgasmo un problema. Apenas 24% de las encuestadas reportó angustia por su disfunción sexual (Bancroft y colaboradores, 2003b). El estudio del Instituto Kinsey encontró que era menos probable que las mujeres reportaran angustia sobre el sexo cuando comunicaban un pobre bienestar emocional y una relación emocionalmente negativa con su pareja. La investigación indica que los problemas sexuales pueden tener un impacto en su bienestar global. Las personas que los padecen reportan menor satisfacción con su vida que aquellas sin dificultades sexuales (Hellstrom y colaboradores, 2006; Mallis y colaboradores, 2006).

➔ TABLA 14.1

Prevalencia de problemas sexuales seleccionados por características demográficas

	Falta de interés en el sexo		No puede alcanzar el orgasmo		Disfunción eréctil	Dolor durante el sexo	Clímax muy pronto
	Mujeres (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)	Hombres (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)	Hombres (%)
Edad^a							
18-29	32	14	26	7	7	21	30
30-39	32	13	28	7	9	15	32
40-49	30	15	22	9	11	13	28
50-59	27	17	23	9	18	8	31
Educación							
Menos de preparatoria	42	19	34	11	13	18	38
Egresado de preparatoria	33	12	29	7	9	17	35
Egresado de universidad	24	14	18	7	10	10	27

^aLos problemas sexuales son más comunes entre mujeres menores y en hombres mayores.

Fuente: Laumann *et al.* (1999).

Conforme lea este capítulo, es importante recordar que la satisfacción sexual es una percepción subjetiva y un componente importante para definir un problema sexual (Gierhart, 2006; Shabsigh, 2006). Una persona o una pareja pueden experimentar problemas de este tipo y aun estar satisfechos con su vida sexual, o no experimentar dificultades y estar muy insatisfechos con sus experiencias sexuales (Basson y colaboradores, 2003; Smith, 2003). La **figura 14.1** en la siguiente página muestra

Índice de satisfacción sexual

Para los lectores que estén sexualmente involucrados, el cuestionario está diseñado con el objetivo de medir el grado de satisfacción que tienen en la relación sexual con su pareja. No es un test, así que no hay respuestas correctas ni incorrectas. Responda cada inciso tan cuidadosa y puntualmente como pueda, poniendo un número al lado de cada uno de acuerdo con la siguiente escala:

- 1 Rara vez o nunca
- 2 Pocas veces
- 3 Algunas veces
- 4 La mayor parte del tiempo
- 5 Siempre o todo el tiempo

1. Siento que mi pareja disfruta nuestra vida sexual. ____
2. Mi vida sexual es muy emocionante. ____
3. El sexo es divertido para mí y mi pareja. ____
4. Siento que mi pareja ve poco en mí, excepto el sexo que le doy. ____
5. Siento que el sexo es sucio y asqueroso. ____
6. Mi vida sexual es monótona. ____
7. Cuando tenemos sexo, es muy rápido y termina apresuradamente. ____
8. Siento que a mi vida sexual le falta calidad. ____
9. Mi pareja es sexualmente muy excitante. ____
10. Disfruto las técnicas sexuales que a mi pareja le gustan o utiliza. ____
11. Siento que mi pareja quiere mucho sexo de mí. ____
12. Pienso que el sexo es maravilloso. ____
13. Siento que mi pareja depende mucho del sexo. ____

14. Intento evitar el contacto sexual con mi pareja. ____
15. Mi pareja es rudo o brutal cuando tenemos sexo. ____
16. Mi pareja es un compañero sexual maravilloso. ____
17. Siento que el sexo es una función normal de nuestra relación. ____
18. Mi pareja no quiere tener sexo cuando yo sí. ____
19. Siento que nuestra vida sexual le da mucho a nuestra relación. ____
20. Mi pareja parece evitar el contacto sexual conmigo. ____
21. Me es fácil excitarme sexualmente por mi pareja. ____
22. Siento que mi pareja está sexualmente complacida conmigo. ____
23. Mi pareja es muy sensible para mis necesidades y deseos sexuales. ____
24. Mi pareja no me satisface sexualmente. ____
25. Siento que mi vida sexual es aburrida. ____

Puntuación: Los ítems 1, 2, 3, 9, 10, 12, 16, 17, 19, 21, 22 y 23 deben ser calificados al revés. (Por ejemplo, si contestó 5 en uno de ellos, cambie su puntuación a 1.) Después de que estos ítems positivos hayan sido calificados al revés, si no hay respuestas omitidas, la puntuación se obtiene sumando la calificación individual de cada ítem y restando 25. Esta evaluación ha mostrado ser válida y confiable.

Interpretación: Las puntuaciones pueden ir del 0 al 100; la más alta indica mayor insatisfacción sexual. Una puntuación de 30 o más es un indicativo de insatisfacción personal en la relación sexual.

Fuente: Adaptado de Hudson et al. (1992).

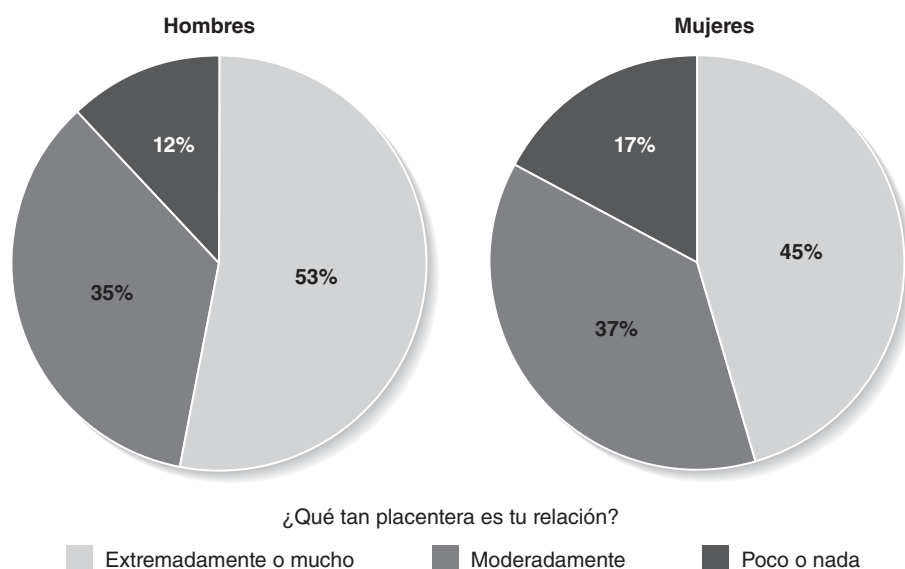


Figura 14.1 A hombres y mujeres de todo el mundo se les preguntó: "¿Qué tan físicamente placentera es tu relación?" El Estudio Global de Actitudes y Conductas Sexuales de Pfizer, el primer trabajo mundial de este tipo, encuestó a más de 26 000 hombres y mujeres en 29 países alrededor del mundo.

Fuente: Del Estudio Global de Actitudes y Conductas Sexuales, de Pfizer Inc. Copyright 2002 Pfizer Inc.

cómo hombres y mujeres alrededor del mundo miden el placer de la interacción sexual. Para los lectores que actualmente sostienen una relación sexual, el inventario de autoevaluación en el recuadro Ante todo, la Salud sexual les dará un indicativo de su nivel de satisfacción.

► Dificultades sexuales específicas

En esta sección consideraremos algunos problemas específicos que las personas pueden encontrar con el deseo, excitación, orgasmo y dolor durante el coito. En realidad, existe un traslape considerable: los problemas con el deseo y la excitación también afectan el orgasmo, y las dificultades con éste pueden alterar el interés y la habilidad de una persona para excitarse. Por ejemplo, alrededor de 44% de los hombres que tienen inconvenientes con sus erecciones con frecuencia eyacula rápidamente (Fisher y colaboradores, 2006). Además, la línea entre “normal” y “disfunción” se mantiene vagamente definida en la práctica clínica (Althof y colaboradores, 2005). Por ejemplo, ¿cuántas veces debería un hombre tener dificultad con sus erecciones para que se le diagnostique disfunción eréctil? ¿En qué contexto ser incapaz de tener una erección podría considerarse normal?



Pensamiento crítico

¿En qué situaciones consideraría normal que un hombre perdiera su erección? ¿En qué contexto estimaría que su dificultad con las erecciones fuera valorada como una disfunción?

Los problemas sexuales que vamos a discutir varían en duración y puntos de vista de una persona a otra. Una dificultad específica puede ocurrir durante toda la vida (*disfunción sexual de toda la vida*) o ser adquirida en un momento específico (*disfunción sexual adquirida*). Una persona puede experimentar el problema en todas las situaciones con todas las parejas (*tipo generalizado*) o sólo en situaciones particulares o con parejas específicas (*tipo situacional*) (American Psychiatric Association, 2000). Las categorías y etiquetas para los problemas que discutiremos provienen de la segunda *Consulta internacional en medicina sexual: disfunciones sexuales en hombres y mujeres* (Lue y colaboradores, 2004a) y del *Manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales* (DSM-IV-TR) de la Asociación Americana de Psiquiatría. (Hemos añadido algunas categorías y etiquetas propias.)

Para ser exactos, considere una disfunción sexual como una dificultad que debe ocurrir en un contexto de estimulación sexual física y psicológica adecuada. Resultados de investigaciones que destacan la importancia de la estimulación física reportan que mujeres que experimentan orgasmo rutinariamente practican un repertorio de técnicas sexuales mayor que las que no lo experimentan (Fugl-Meyer y colaboradores, 2006). Por otro lado, un hombre que eyacula rápidamente después de que su pareja exige “¡Apúrate y termina de una vez!”, no recibe una estimulación física y psicológica adecuada y no puede considerarse que tenga un problema de eyaculación precoz por sólo esa situación. Otro ejemplo, el diagnóstico de falta de deseo puede ser no apropiado para una mujer cuya pareja continuamente la presiona para ser sexual en maneras que a él le gustan pero que ella no disfruta o que no encuentra excitantes.

Dificultades de la fase del deseo

En esta sección discutiremos el deseo sexual inhibido, la insatisfacción con la frecuencia de la actividad sexual y la aversión sexual.

Deseo sexual hipoactivo

El **trastorno del deseo sexual hipoactivo (HSDD)**, por sus siglas en inglés es la ausencia o experiencia mínima de pensamientos sexuales, fantasías e interés antes de la actividad sexual, como también la falta de deseo durante la actividad íntima (Basson y colaboradores, 2004). Muchos hombres y mujeres que no experimentan “apetito sexual” disfrutan, se excitan y desean una experiencia sexual después de haber em-

Disfunción del deseo sexual hipoactivo (HSDD)
Falta de interés antes o durante la actividad sexual.

pezado. Hasta hace poco, el HSDD estaba definido exclusivamente como falta de deseo, pensamientos y fantasías fuera de la actividad sexual. Bajo estos términos, es una dificultad común experimentada tanto por hombres como por mujeres y la que más frecuentemente lleva a las personas a buscar terapia sexual (Giargiari y colaboradores, 2005; McCarthy, 2006). Aunque las dificultades del deseo son las más comunes experimentadas por las mujeres (Hayes y colaboradores, 2006) (véase tabla 14.1), a finales de 1990 algunas clínicas de terapia sexual encontraron cifras iguales de hombres y mujeres con bajo deseo sexual (Pridal y LoPiccolo, 2000).

Insatisfacción con la frecuencia de la actividad sexual

Las parejas frecuentemente tienen discrepancias en sus preferencias en cantidad, tipo y duración de las actividades sexuales. Las diferencias hombre/mujer resaltan cuando aparece la frecuencia: la Encuesta de Sexo Global 2005 encontró que 41% de los hombres y 29% de las mujeres desean relaciones sexuales más a menudo (Durex, 2006). Algunas veces la relación puede acoplarse a estas discrepancias individuales. Sin embargo, cuando éstas son una fuente de conflicto importante o de insatisfacción, una pareja puede experimentar angustia considerable. En vez de acercarse a algún compromiso, la pareja se polariza, y cada individuo cree que su compañero “nunca” o “siempre” quiere ser sexual.

Aversión sexual

Un miedo al sexo y un deseo apremiante de evadir situaciones sexuales son considerados una **disfunción de aversión sexual**. Ésta puede variar entre sentimientos de molestia, repulsión y disgusto, a un miedo irracional y extremo a la actividad sexual. Aun el pensamiento del simple contacto puede resultar en una intensa ansiedad y pánico. Una persona que experimenta aversión sexual exhibe síntomas fisiológicos como sudoración, incremento en el ritmo cardíaco, náusea, mareos, temblores o diarrea como una consecuencia del miedo.

Dificultades de la fase de excitación

La inhibición de la excitación sexual ocurre cuando su manifestación fisiológica, la sensación erótica o la sensación subjetiva de excitarse disminuyen crónicamente o están ausentes. Las disfunciones en la fase de excitación entre las mujeres adoptan la forma de falta de lubricación vaginal, o de falta de conciencia de excitación física (Basson, 2002), y en los hombres de incapacidad para lograr o mantener una erección.

Disfunción de la excitación sexual femenina

Como vimos en los capítulos 4 y 6, la lubricación vaginal es la primera respuesta fisiológica femenina a la excitación sexual. La inhabilidad persistente para obtener o mantener la lubricación-hinchazón indica una **disfunción de la excitación sexual genital femenina**. En cambio, la **disfunción de la excitación sexual subjetiva femenina** ocurre cuando las señales físicas de excitación están presente pero las sensaciones de excitación sexual o placer están ausentes o disminuidas significativamente. La **disfunción de la excitación sexual subjetiva y genital combinada** es una mezcla de ambos desórdenes (Basson y colaboradores, 2004).

Disfunción de la excitación sexual persistente

Se trata de una excitación genital no deseada, espontánea e intrusiva —hormigueos, vibraciones, palpitaciones— en ausencia de interés sexual. Uno o más orgasmos no alivian los sentimientos incómodos de la excitación, y ésta puede persistir por horas



© Carol Ford/ Getty Images

La disfunción sexual hipoactiva refleja frecuentemente problemas en la relación.

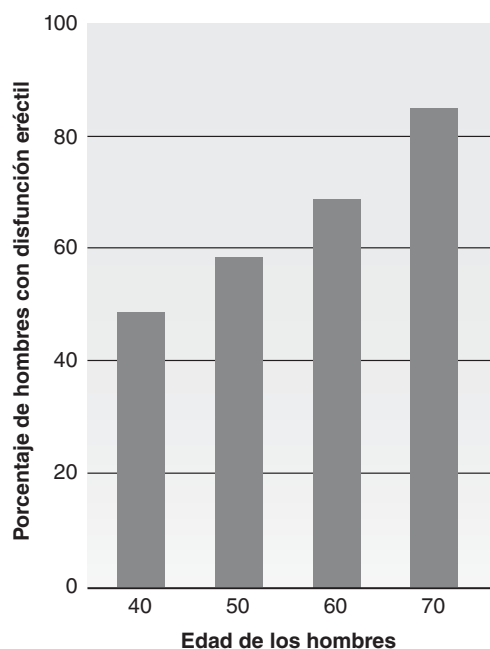
Disfunción de aversión sexual Miedo extremo o irracional a la actividad sexual.

Disfunción de la excitación sexual genital femenina Incapacidad persistente para conseguir o mantener la respuesta de lubricación-hinchazón.

Disfunción de la excitación sexual subjetiva femenina Conciencia ausente o disminuida de la excitación sexual física.

Disfunción de la excitación sexual genital y subjetiva combinada Excitación sexual física y subjetiva ausente o disminuida.

Disfunción de la excitación sexual persistente Excitación genital espontánea, intrusiva y no deseada.



➡ **Figura 14.2** Incidencia de la disfunción eréctil relacionada con la edad (Kim y Lipshultz, 1997).

Disfunción eréctil (ED)

Consistente o recurrente falta de erección con la rigidez suficiente para la penetración sexual por un periodo, al menos, de tres meses.

Palabras para consultar en InfoTrac

- Disfunción eréctil

Disfunción orgásmica femenina Ausencia, retraso notable o intensidad disminuida del orgasmo.

o días (Basson, 2004). Esta disfunción fue identificada por primera vez en 2001, y profesionales de la salud la han diagnosticado a 400 mujeres desde entonces. Las pacientes atendidas con esta disfunción tienen evaluaciones fisiológicas y psiquiátricas normales. Las causas y el tratamiento de este desorden son desconocidos y aparentemente son únicos en cada individuo (Lieblum y Nathan, 2002).

Disfunción eréctil masculina

La **disfunción eréctil** (ED, por sus siglas en inglés) es definida como la inhabilidad constante o recurrente, durante al menos tres meses, de tener o mantener una erección suficiente para la actividad sexual (Lue y colaboradores, 2004b). Un estimado de uno en cinco hombres mayores de 20 años experimenta disfunción eréctil, y ésta es una razón común para que busque terapia sexual (Saigal y colaboradores, 2006). La incidencia de la disfunción aumenta con la edad, como muestra la ➡ **figura 14.2**. Para un hombre en sus 50 es dos veces más probable experimentar problemas de erección que un hombre en sus 20.

Procedimientos especiales han sido desarrollados para evaluar factores físicos en este problema. Algunas técnicas involucran grabar patrones de la erección durante el sueño, porque ésta ocurre normalmente en este periodo. Otros instrumentos miden la presión sanguínea y el flujo del pene para determinar si las dificultades eréctiles son causadas por problemas vasculares. Medicamentos inyectados que producen erecciones también pueden ser usados para detectar posibles dificultades: si una erección no ocurre después de una inyección, entonces el impedimento vascular es probable (Lue y colaboradores, 2004b).

Dificultades en la fase de orgasmo

Diversas dificultades sexuales afectan específicamente la respuesta orgásmica, y tanto hombres como mujeres han reportado gran variedad al respecto. Algunas involucran total ausencia o poca frecuencia de orgasmos. Otras involucran alcanzarlo muy rápido o muy lento. También consideramos fingir un orgasmo como problemático.

Disfunción orgásmica femenina

La **disfunción orgásmica femenina** significa la ausencia, retardo marcado o intensidad disminuida del orgasmo, a pesar de la excitación subjetiva alta proveniente de cualquier tipo de estimulación (Basson y colaboradores, 2004). Alrededor de 5-10% de las mujeres de Estados Unidos nunca han experimentado un orgasmo por cualquier tipo de estimulación propia o en pareja, pero los datos indican que esta proporción ha disminuido (LoPiccolo, 2000). La aparente reducción puede ser causada por excelentes libros de autoayuda y videos que ahora están disponibles para las mujeres que quieren aprender a experimentarlo.

Una mujer con *disfunción orgásmica situacional femenina* es orgásmica cuando se masturba pero no cuando es estimulada por una pareja. Las que han experimentado un orgasmo algunas veces tienen dificultades para tenerlo: alrededor de 25% de las mujeres reportó tener problemas con el orgasmo el año previo (Laumann y colaboradores, 1994). Las que más probablemente experimentan dificultades al respecto son solteras, más jóvenes y con menos educación que aquellas sin problemas con el orgasmo (Laumann y colaboradores, 1999). Para muchas mujeres, experimentarlo es algo que pueden aprender a hacer: una encuesta encontró que al menos 62% de

las mujeres tenían 18 o más años cuando experimentaron su primer orgasmo (Ellison, 2000). La **tabla 14.2** muestra la incidencia del clímax sexual en estudiantes universitarias.

TABLA 14.2

**Estudiantes de universidad contestan la pregunta
"¿Alguna vez has tenido un orgasmo?"**

	Mujeres (%)	Hombres (%)
Sí	87	94
No	13	6

Fuente: Elliot y Brantley (1997).

Orgasmo femenino durante el coito

La mayoría de los terapeutas cree que una mujer que disfruta las relaciones sexuales y experimenta orgasmo por otros medios diferentes al coito no tiene un problema sexual (Hamilton, 2002; LoPiccolo, 2000). Muchas más lo experimentan durante la masturbación, estimulación manual de una pareja, y sexo oral que las que lo viven durante el coito (Fugl-Meyer y colaboradores, 2006). Para muchas mujeres la estimulación durante el coito simplemente es menos efectiva que la estimulación directa manual u oral del área clitorídea (Bancroft, 2002). Como declaró Helen Kaplan, terapeuta sexual pionera: "Hay millones de mujeres que responden sexualmente, y con frecuencia multiorgásmicas, pero que no pueden tener un orgasmo durante la relación sexual a menos que reciban estimulación clitorídea simultánea" (1974, p. 397). Desafortunadamente, mujeres y hombres no siempre comprenden esto: un estudio canadiense encontró que 23% de las mujeres consultadas identificó la infrecuencia orgásmica coital como un problema (Gruszecki, y colaboradores, 2005).

Disfunción orgásmica masculina

El término **disfunción orgásmica masculina** generalmente se refiere a la incapacidad del hombre para eyacular durante la actividad sexual. El 8% de los hombres experimenta esta dificultad (Laumann y colaboradores, 1994). *Anorgasmia coital masculina* (dificultad con el orgasmo sólo durante el coito) y *anorgasmia en pareja* (dificultad con el orgasmo por estimulación manual u oral de la pareja) son términos más descriptivos que el término general de *disfunción orgásmica masculina* (Apfelbaum, 2000).

Disfunción orgásmica masculina Incapacidad del hombre para eyacular durante la estimulación sexual de su pareja.

Eyacuación precoz

La disfunción sexual masculina más común es la **eyacuación precoz** (PE, por sus siglas en inglés) (Hellstrom y colaboradores, 2006). Consiste en un patrón de eyaculaciones rápidas (menos de dos minutos) combinadas con la incapacidad del hombre para controlar consistentemente su satisfacción o la de su pareja cuando él tiene un orgasmo (Sharlip, 2006; Waldinger y Schweitzer, 2006). Casi todos los hombres eyaculan rápidamente en su primera experiencia coital, lo cual puede ser decepcionante pero no debe ser visto como un problema a menos de que continúe. En general, alrededor de 20-30% de los varones en el mundo entre los 18 y 59 años experimentan repetidamente PE (Broderick, 2006), y alrededor de 30% de esos hombres eyacula rápidamente sin una erección total (Lue y colaboradores, 2004). Investigaciones indican que los sujetos con PE subestiman la intensidad de su excitación física, experimentan una excitación rápida a la estimulación del pene, y eyaculan antes de alcanzar una excitación sexual total, a la vez que reportan menos goce del orgasmo que aquellos que no tienen problemas con eyacuación rápida. Estos factores indican algún grado de participación fisiológica (Rowland y colaboradores, 2000).

Eyacuación precoz Patrón de eyaculaciones dentro de dos minutos y una incapacidad para retardar la eyacuación que impide el placer del varón o el de su pareja.

Fingiendo orgasmos

Una última dificultad orgásmica que discutiremos es fingir orgasmos o pretender experimentarlo sin tenerlo. Algunos hombres los fingen, pero esto es atribuido típicamente a las mujeres, y ocurre con frecuencia, como lo muestra la **tabla 14.3**. La razón más común dada por las mujeres para simular un orgasmo es evitar decepcionar o lastimar a su pareja (Ellison, 2000). Algunos factores adicionales relacionados incluyen un deseo de terminar con la relación sexual, comunicación pobre o conocimiento limitado de técnicas sexuales, una necesidad de la aprobación de la pareja y un intento de esconder una relación deteriorada (Ellison, 2000; Lauersen y Graves, 1984).

Fingir un orgasmo frecuentemente lleva a un círculo vicioso. Es probable que la persona no sepa que su pareja ha aparentado alcanzar el clímax. Consecuentemente, la persona engañada continúa haciendo lo que él o ella ha sido guiado a creer que es efectivo, y la pareja continúa fingiendo para prevenir el descubrimiento del engaño. Una vez establecido un patrón de simulación, puede ser difícil terminarlo. Aunque algunas mujeres y hombres encuentran fingir un orgasmo como una solución a sus situaciones individuales, otros encuentran que simular puede ser en sí mismo problemático. Por lo menos, fingir orgasmos crea distancia emocional en un tiempo de potencial acercamiento y satisfacción (Ellison, 2000; Masters y Johnson, 1976).

➔ TABLA 14.3 Estudiantes de universidad contestan la pregunta "¿Alguna vez has fingido un orgasmo?"

	Mujeres heterosexuales (%)	Lesbianas o mujeres bisexuales (%)	Hombres heterosexuales (%)	Homosexuales u hombres bisexuales (%)
Sí	60	71	17	27
No	40	29	83	73

Fuente: Elliot y Brantley (1997).

Dispareunia

Dispareunia Dolor o incomodidad durante la relación sexual.

El término médico para el coito doloroso es **dispareunia**. Tanto hombres como mujeres pueden experimentar dolor coital, aunque es mucho más común que ellas tengan este problema.

Dispareunia en hombres

El coito doloroso en hombres es poco común, pero ocurre. Si el prepucio de un varón no circuncidado está muy apretado, puede experimentar dolor durante la erección. Bajo tales circunstancias, una cirugía menor es recomendable. La higiene inadecuada en un pene no circuncidado provoca la acumulación de esmegma o de infecciones bajo el prepucio, causando irritación del glande durante la estimulación sexual. Este problema se previene replegando el prepucio y lavando el área del glande con agua y jabón rutinariamente. Problemas e infecciones de la uretra, vejiga, glándula prostática o vesículas seminales suelen producir ardor, picazón o dolor durante o después de la eyacuación (Davis y Noble, 1991). Atención médica adecuada generalmente alivia esta fuente de incomodidad durante el coito.

Otra posible fuente de dolor o incomodidad para los hombres es la **enfermedad de Peyronie**, en la cual tejido fibroso y depósitos de calcio se desarrollan en los espacios superior y entre los cuerpos cavernosos del pene. Esta fibrosis causa dolor y curvatura del pene durante la erección que puede interferir con ésta e incluso con la relación sexual. La enfermedad de Peyronie usualmente es causada por el doblamiento traumático del pene durante la relación sexual o por procedimientos médicos que involucren la uretra (Gholami y colaboradores, 2003; Johnson y colaboradores, 2002). Hay tratamientos médicos que son, a veces, efectivos para atender esta condición (Castro y colaboradores, 2003).

Enfermedad de Peyronie Tejido fibroso anormal y depósitos de calcio en el pene.

Dispareunia en mujeres

Experimentar dolor por introducción parcial vaginal y/o el coito es común entre las mujeres. Alrededor de 60% experimenta dispareunia en algún punto de su vida (Jones y colaboradores, 1997). Si es grave y continua, es probable que cree angustia intensa en las experiencias sexuales de una mujer (Petersen y colaboradores, 2006). La molestia en la entrada vaginal o en el interior de las paredes vaginales es comúnmente causada por excitación y lubricación inadecuadas. Condiciones fisiológicas tales como hormonas insuficientes pueden reducir la lubricación. Utilizar un lubricante provee una solución temporal para que el coito ocurra cómodamente, pero esto puede ser sólo una solución de corto plazo. Una solución permanente es más probable si una mujer descubre la causa de su malestar y toma medidas para remediarla.

Una variedad de factores puede causar incomodidad vaginal durante el coito. Infecciones causadas por levaduras, bacterias y tricomonas producen inflamaciones de las paredes vaginales y provocan relaciones sexuales dolorosas. Las espumas, cremas anticonceptivas o lubricantes, condones y diafragmas llegan a irritar la vagina de algunas mujeres. El dolor en la entrada de este órgano a veces es atribuido a un himen intacto o inadecuadamente roto, o a una infección de la glándula de Bartholín o tejido cicatrizal (Kellog-Spadt, 2006). Si el esmegma se colecta bajo el capuchón clitorideo, puede irritar el clítoris cuando el capuchón es movido durante la estimulación sexual. Lavar suavemente el clítoris y el capuchón puede prevenir esto.

Alrededor de 10% de las mujeres experimenta un dolor intenso a la entrada de la vagina conocido como **síndrome de vestibulitis vulvar**, y esto puede ser la causa más común de una relación sexual dolorosa (Conner y Robinson, 2006; Pukall, 2005; Zolnoun y colaboradores, 2006). Usualmente, una pequeña área enrojecida es dolorosamente sensitiva, aun para una presión ligera, pero puede ser tan pequeña que es difícil, inclusive para un profesional de la salud, verla. Opciones de tratamiento incluyen medicinas tópicas y cirugía para extirpar el área sensitiva (Goldstein y colaboradores, 2006).

Dolor pélvico profundo durante la introducción coital puede ser causado por sacudidas de los ovarios o estiramiento de los ligamentos uterinos. Una mujer experimenta este tipo de malestar sólo en ciertas posiciones o en ciertos momentos de su ciclo menstrual, usualmente durante la ovulación o menstruación. Si la mujer controla posiciones y movimientos pélvicos durante la relación sexual, puede evitar lo que es doloroso. Otra fuente de molestia pélvica intensa es la endometriosis, una condición en la que el tejido que normalmente crece en las paredes del útero se implanta en varias partes de la cavidad abdominal. Este tejido extra impide que los órganos internos se muevan libremente, ocasionando dolor durante el coito. Las píldoras anticonceptivas a veces son recetadas para controlar el crecimiento del tejido durante el ciclo mensual (Reiter y Milburn, 1994).

Las cirugías ginecológicas para cáncer uterino u ovárico también pueden causar dispareunia. Infecciones en el útero, tales como la gonorrea, también propician una relación sexual dolorosa. De hecho, el dolor pélvico es a menudo el primer síntoma físico por el cual una mujer se percata de que tiene gonorrea. Si la infección ha causado un tejido cicatrizal considerable, la cirugía suele ser necesaria. El parto y la violación llegan a desgarrar los ligamentos que sostienen el útero en la cavidad pélvica, y tal daño puede resultar en dolor durante el coito. La cirugía alivia parcial o totalmente esta dificultad.

Vaginismo

El **vaginismo** es caracterizado por fuertes contracciones involuntarias de los músculos del tercio externo de la vagina. Estas contracciones causan que los intentos de introducir el pene a la vagina resulten extremadamente molestos para la mujer. Las contracciones dolorosas del vaginismo son una respuesta condicionada, involuntaria, usualmente precedida por un historial de relaciones sexuales dolorosas (Van Lankveld y colaboradores, 2006). Una mujer con vaginismo usualmente experimenta los mismos espasmos de contracción durante un examen pélvico (Weiss, 2001).

Síndrome de vestibulitis vulvar Una pequeña área en la entrada de la vagina que causa dolor severo.

Vaginismo Contracciones espasmódicas involuntarias de los músculos del tercio externo de la vagina.

Inclusive la inserción de un dedo a su vagina puede causar un gran malestar. Es importante para la mujer y su compañero conocer que las relaciones sexuales, tampones y exámenes pélvicos no deben ser incómodos. Si son molestos, es esencial investigar la causa.

Es importante aclarar que aunque una mujer que experimenta vaginismo puede aprender a prevenir las contracciones, no las provocará conscientemente. De hecho, el esfuerzo deliberado para superar el problema teniendo relaciones a pesar del dolor puede tener el efecto contrario, contribuyendo al ciclo vicioso que causa que el vaginismo empeore.

Algunas mujeres que sufren este problema son sexualmente responsivas y orgásmicas bajo la estimulación manual y oral, pero otras son incapaces de experimentar deseo y excitación (Leiblum, 2000). Dado que muchas parejas heterosexuales consideran el coito como un componente altamente importante de su relación sexual, el vaginismo causa gran preocupación, inclusive si la pareja se relaciona sexualmente de otras maneras.

❶ Orígenes de las dificultades sexuales

En los siguientes párrafos examinaremos algunos factores fisiológicos, culturales, individuales y relacionales que contribuyen a las dificultades sexuales. La interacción significativa entre estos factores también ocurre. Por ejemplo, cualquier grado de deterioro fisiológico puede hacer que la respuesta y el funcionamiento sexual de una persona sea más vulnerable a ser perturbado por emociones o situaciones negativas. Así, un hombre con diabetes moderada puede que no tenga dificultad para lograr una erección cuando está descansado y se siente cómodo con su pareja, pero tal vez sea incapaz de conseguirlo cuando se encuentra bajo estrés después de un día de trabajo duro o de una discusión con su pareja. Es importante considerar que usualmente resulta difícil identificar la causa consistente de una dificultad sexual específica porque un factor que es un problema para una persona no necesariamente lo es para otra (LoPiccolo, 1989).



© Image Source/Alamy



Cortesía de Wilderness Trail Bikes, Inc.

Desafortunadamente, los beneficios aeróbicos y de fortaleza que da el montar una bicicleta llegan a tener un costo en el funcionamiento sexual. La presión en los genitales por el asiento puede dañar nervios e impedir flujo sanguíneo, que resultan en problemas sexuales. Los ciclistas activos suelen conseguir asientos para bicicletas adecuados para los genitales y que no causen problemas (Carr, 2006).

Factores fisiológicos

Los factores fisiológicos a menudo juegan un papel en los problemas sexuales, por lo que es deseable un examen físico general y un ginecológico o urológico que ayuden a descartar tales causas. Problemas hormonales, vasculares y neurológicos pueden contribuir a causar trastornos sexuales (Beckman y colaboradores, 2006). Investigaciones recientes sugieren que variaciones individuales, tales como la sensibilidad al tacto, pueden contribuir a los trastornos sexuales. Por ejemplo, algunos hombres con problema de eyaculación rápida suelen tener una hipersensibilidad biológica innata que causa esta respuesta (Metz y McCarthy, 2004; Salonia y colaboradores, 2006; Waldinger y Schweitzer, 2006). La evidencia también muestra que algunas mujeres con dificultad para excitarse sexualmente tienen bajos niveles de sensibilidad general al tacto

(Frohlich y Meston, 2005). Investigaciones sobre la función sexual continúan para incrementar el conocimiento acerca de los aspectos fisiológicos de los problemas sexuales. En la actualidad se conoce más en torno a los efectos de las enfermedades, medicamentos y discapacidades en la sexualidad masculina que en la femenina debido a la mayor cantidad de investigación conducida respecto de la función sexual de los varones (Bancroft, 2002).

Buenos hábitos de salud = buen funcionamiento sexual

La buena salud está fuertemente ligada con la salud sexual. Una dieta sana y ejercicio que llevan a un peso normal forman la base del impulso y funcionamiento sexual. Por ejemplo, la grasa corporal, especialmente alrededor del abdomen, reduce los niveles de testosterona (la hormona del impulso sexual) en los hombres. Un estudio con 22 000 hombres saludables de más de 14 años encontró que los obesos tenían 90% más probabilidades de desarrollar disfunción eréctil, mientras que aquellos con los más altos niveles de ejercicio tenían 30% menos probabilidad de sufrirla (Bacon y colaboradores, 2006).

Evitar el uso de drogas recreacionales es otro hábito de salud que contribuye al funcionamiento sexual. Por ejemplo, las mujeres que no fuman, que tienen una historia de uso moderado o escaso de alcohol, y que gozan de un peso saludable son menos propensas a tener insatisfacción y desórdenes sexuales que aquellas con las características opuestas (Addis y colaboradores, 2006). El uso del tabaco puede tener un dramático efecto negativo en el funcionamiento sexual masculino. Los hombres que fuman son cinco veces más propensos a tener dificultades eréctiles que los no fumadores (Manecke y Mulhall, 1999). La **tabla 14.4** lista otras drogas recreacionales que suelen impedir el funcionamiento sexual.

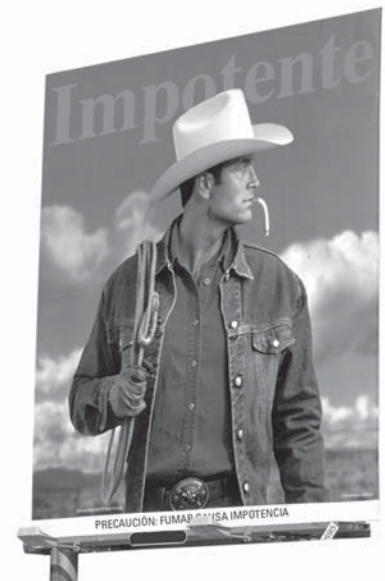
➔ TABLA 14.4 Efectos sexuales de algunas drogas de abuso e ilícitas

Droga	Efectos
Alcohol	El abuso crónico del alcohol causa alteraciones hormonales (reduce el tamaño de los testículos y suprime la función hormonal) y daña permanentemente los sistemas circulatorio y nervioso.
Marihuana	Reduce los niveles de testosterona en hombres y disminuye el interés sexual en ambos sexos.
Tabaco	Afecta adversamente los pequeños vasos sanguíneos del pene y disminuye la frecuencia y duración de las erecciones (Mannino y colaboradores, 1994).
Cocaína	Causa disfunción eréctil e inhibe el orgasmo en ambos sexos.
Anfetaminas	Las altas dosis y el uso crónico resultan en inhibición del orgasmo y decremento en la erección y la lubricación.
Barbitúricos	Causan decremento en el deseo, disfunciones eréctiles y orgasmo retardado.

Fuente: Finger et al. (1997).

Enfermedad crónica

Muchos de nosotros o nuestras parejas enfrentaremos una enfermedad crónica en algún punto de la vida. Ésta puede afectar los nervios, hormonas o el flujo sanguíneo necesario para el funcionamiento sexual. Algunos medicamentos para la enfermedad también pueden afectar negativamente el interés y la respuesta sexual. Cualquier dolor acompañante y fatiga distrae los pensamientos eróticos y las sensaciones o limita actividades sexuales específicas (Schover, 2000). Por ejemplo, la disfunción eréctil es frecuentemente relacionada con diabetes, presión sanguínea alta y padecimientos cardiovasculares. De hecho, cuando los hombres son incapaces de experimentar erecciones, los profesionales de la salud a menudo ven el problema sexual como un pronosticador de graves trastornos médicos (Jackson y colaboradores, 2006; Montorsi y colaboradores, 2006; Strachan-Bennett, 2006). En contraste, investigaciones indican que los hombres que experimentan erecciones pero tienen dificultad para mantenerlas es más probable que tengan una causa psicológica detrás del problema (Corona y colaboradores, 2006).



© David Young-Wolff/PhotoEdit

Un cigarro doblado representa una gráfica declaración de los perjudiciales efectos que el tabaquismo produce en el funcionamiento sexual.

Los siguientes párrafos describen los efectos sexuales de enfermedades específicas.

Diabetes Es una enfermedad del sistema endocrino que ocurre cuando el páncreas falla en secretar adecuadas cantidades de insulina. El daño nervioso y los trastornos circulatorios por la diabetes causan que cerca de 50% de los diabéticos tenga una reducción o pérdida de la capacidad eréctil. Algunos hombres experimentan eyaculación retrógrada (eyaculación hacia la vejiga) (Manecke y Mulhall, 1999). El consumo intenso del alcohol y un pobre control del azúcar en la sangre aumentan las probabilidades de desórdenes eréctiles en diabéticos (Romeo y colaboradores, 2000). Las mujeres con diabetes es probable que tengan problemas con el deseo sexual, la lubricación y el orgasmo (Herter, 1998).

Cáncer El cáncer y su tratamiento suelen ser particularmente devastadores para la sexualidad porque pueden impedir las funciones hormonales, vasculares y neurológicas necesarias para el interés y la respuesta sexual normal. La quimioterapia y la radioterapia causan pérdida de cabello, cambios en la piel, náusea y fatiga —todo esto afecta negativamente los sentimientos sexuales— (Incrocci, 2006). Algunas cirugías del cáncer resultan en cicatrices permanentes, pérdida de partes del cuerpo o una ostomía (abertura creada quirúrgicamente para la evacuación de los desechos del cuerpo después de una extirpación del colon o la vejiga), todos los cuales afectan negativamente la imagen corporal (Burt, 1995). El dolor del cáncer y sus tratamientos también interfieren fuertemente en el interés sexual y la excitación (Fleming y Pace, 2001).

Aunque todas las formas del cáncer afectan el funcionamiento sexual, las de los órganos reproductivos a menudo causan el peor impacto. Por ejemplo, hombres que han tenido cáncer de próstata experimentan ausencia o reducción significativa de la eyaculación y son de 10 a 15 veces más propensos a experimentar problemas sexuales debido a su tratamiento (Glina, 2006; Harvard Health Publications, 2006).

Esclerosis múltiple La esclerosis múltiple (ms, por sus siglas en inglés) es una enfermedad neurológica del cerebro y la médula espinal en la que el daño ocurre en la vaina de mielina que cubre las fibras nerviosas. La visión, sensación y movimiento voluntario son afectados. Estudios han encontrado que la mayoría de los pacientes con ms experimenta cambios en su funcionamiento sexual y al menos la mitad tiene problemas sexuales (Stenager y colaboradores, 1990). Una persona con ms puede sufrir reducción o pérdida del interés sexual, sensación genital, excitación u orgasmo; él o ella también experimentan hipersensibilidad incómoda a la estimulación genital (Smeltzer y Kelley, 1997).

Apoplejía. Las apoplejías o accidentes cerebrovasculares ocurren cuando el tejido cerebral es destruido como resultado de un bloqueo del aporte sanguíneo o por una hemorragia (rompimiento de un vaso que causa sangrado interno). Los accidentes cerebrovasculares a menudo resultan en movilidad limitada, pérdida de la sensación o sensación alterada, daño en la comunicación verbal y depresión. Los sobrevivientes de estos cuadros reportan disminución en la frecuencia de su interés, excitación y actividad sexuales (Giaquinto y colaboradores, 2003).

Efectos de los medicamentos en el funcionamiento sexual

Al menos 200 medicamentos que requieren o no receta médica tienen efectos negativos en la sexualidad (Finger y colaboradores, 2000). Tanto como 25% de los casos de disfunción eréctil está relacionado con efectos secundarios de medicamentos (T. Miller, 2000). Los profesionales de la salud no siempre consideran los potenciales efectos secundarios sexuales de los fármacos, así que pregunte acerca de las posibles secuelas en la sexualidad de cualquiera de las medicinas recetadas. A menudo otra fórmula que puede actuar como sustituto tendrá efectos negativos menores o más leves

en el interés sexual, excitación y orgasmo (Kennedy y colaboradores, 2000; Segraves y Kavoussi, 2000).

Medicamentos psiquiátricos Los antidepresivos comúnmente reducen el interés y la excitación sexual y retrasan o ausentan el orgasmo en cerca de 60% de los usuarios (Kantrowitz y Wingert, 2005). El uso del antidepresivo Wellbutrin (bupropion) o del Viagra y el ginkgo biloba (240-900 mg por día) a veces puede revertir los efectos secundarios de los ansiolíticos (Holman, 2003). Los medicamentos antipsicóticos frecuentemente causan falta de deseo o de erección y retraso o ausencia de eyaculación y orgasmo, y los tranquilizantes como Valium y Xanax suelen interferir con la respuesta orgásmica.

Medicamentos antihipertensivos Fármacos prescritos para la presión sanguínea alta pueden causar problemas con el deseo, excitación y orgasmo. Algunos medicamentos para la hipertensión es más probable que tengan efectos negativos sexuales que otros (Meston y colaboradores, 1997).

Medicamentos misceláneos Los medicamentos gastrointestinales prescritos y los antihistamínicos suelen interferir con el deseo y la excitación. La metadona llega a causar decremento en el deseo, desorden en la excitación, falta de orgasmo y eyaculación retardada. Algunos antihistamínicos de mostrador, remedios para el mareo y medicamentos gastrointestinales han sido relacionados con problemas en el deseo y la erección.

Discapacidades

Discapacidades mayores como la lesión en la médula espinal, parálisis cerebral, ceguera y sordera tienen una gran variedad de efectos en la respuesta sexual. Algunas personas con estas discapacidades pueden mantener o restaurar su vida sexual satisfactoriamente, y otras encuentran su expresión sexual reducida o afectada permanentemente por estas dificultades (Welner, 1997). En las siguientes secciones veremos algunos de estos problemas y discutiremos los ajustes sexuales que las personas en esta situación pueden hacer.

Lesión en la médula espinal Las personas con lesiones en la médula espinal (SCI, por sus siglas en inglés) tienen reducidos el control motor o las sensaciones porque el daño en esta área obstruye las vías entre el cuerpo y el cerebro. Aunque la SCI no necesariamente impide el deseo sexual y la excitación psicológica, un sujeto con este padecimiento puede tener impedida la habilidad física para la excitación y el orgasmo; el impedimento varía ampliamente de acuerdo con la lesión específica. En el documental *Murderball*, jugadores cuadraplégicos de rugby expresan entusiasmo acerca de su vida sexual y hablan ampliamente de cómo trabajan alrededor de su limitación. De acuerdo con una investigación reciente, 86% de los hombres y mujeres con SCI sienten deseo sexual, más de la mitad experimenta excitación por estimulación física, cerca de 30% se excita por estimulación psicológica y 33% experimenta un orgasmo o eyaculación (Matieu y colaboradores, 2005). La investigación ha encontrado que el Viagra puede aumentar la excitación y erección para hombres con SCI (De Forge y colaboradores, 2005).

Investigación de vanguardia en mujeres con lesiones completas de la médula espinal ha encontrado que la autoestimulación cérvico/vaginal puede causar orgasmo. Técnicas de imagen cerebral que han identificado la actividad del cerebro durante el orgasmo en mujeres no lesionadas, hallaron una actividad similar de la autoestimulación cérvico/vaginal en aquellas con lesiones completas de la médula espinal. Datos fisiológicos indican que el nervio vago provee una vía alternativa de la vagina/cérvix al cerebro, puenteando la médula espinal (Whipple y Komisaruk, 2005).

Mucho de la consejería sexual para individuos y parejas que se enfrentan con SCI consiste en redefinir y ampliar la expresión sexual. Entonces, la *amplificación sensorial*



© Chuck Savage/Corbis

La buena comunicación y la exploración creativa ayudan a que los individuos y parejas minimicen los efectos sexuales de las discapacidades y las enfermedades.

—desarrollando mayor respuesta sexual en la parte interior del brazo, pechos, cuello y alguna otra área que ha retenido alguna sensación— puede mejorar el placer y la excitación.

Parálisis cerebral La parálisis cerebral (CP, por sus siglas en inglés) es causada por daño al cerebro que ocurre antes o durante el nacimiento o la infancia temprana. Se caracteriza por falta de control muscular de leve a grave. Movimientos musculares involuntarios pueden interrumpir el habla, expresiones faciales, equilibrio y movimiento del cuerpo. Contracciones involuntarias intensas ocasionan que las extremidades se sacudan o tomen posiciones extrañas. La inteligencia de una persona puede o no resultar afectada. Por desgracia, con frecuencia se asume, equivocadamente, que las personas con CP tienen baja inteligencia por su dificultad física para comunicarse.

La sensación genital no es afectada por la CP. Sin embargo, los espasmos y las deformidades de brazos y manos hacen que la masturbación sea difícil o imposible sin asistencia, y los mismos problemas en las caderas y rodillas ocasionan que ciertas posiciones sexuales sean dolorosas o difíciles (Joseph, 1991). Para las mujeres, la contracción crónica de los músculos alrededor de la abertura vaginal puede crear dolor durante el coito (Renshaw, 1987). Algunas opciones de ayuda a individuos con CP incluyen intentar diferentes posiciones, poner las piernas en almohadas para aliviar espasmos y explorar estilos no genitales para el hacer el amor. Las parejas pueden ayudar con las posiciones, y concentrarse en el placer genital sirve como ayuda para distraer del dolor. El ajuste sexual depende no sólo de lo que es físicamente posible, sino también del apoyo ambiental para los contactos sociales y la privacidad. Las personas con CP y SCI pueden requerir ayuda de alguien que les asista en la preparación y posicionamiento para las relaciones sexuales.

Ceguera y sordera Las pérdidas sensoriales de la vista y el oído pueden afectar la sexualidad de la persona, primariamente cuando los déficit visuales o auditivos interfieren con el aprendizaje de las sutilezas de las habilidades de interacción social y con la independencia de la persona (Mona y Gardos, 2000). Sexualmente, otras sensaciones pueden tomar un papel expandido, como explica un hombre que nació ciego:

Durante la relación sexual, mis otros sentidos —tacto, olfato, oído y gusto— sirven como la vía primaria para excitarme. Las caricias de mi pareja, y la manera en que ella me toca, son tremendamente excitantes, quizás más que para una persona que ve. La sensación de sus pechos en mi cara, la dureza de sus pezones presionando sobre mis palmas, el roce de su cabello en mi pecho... éstas son sólo algunas de las maneras en que experimento el increíble placer del sexo. (Kroll y Klein, 1992, p. 136.)

Estrategias de mejora para personas con enfermedades crónicas y discapacidades

Individuos y parejas pueden hacer frente a las limitaciones sexuales de la enfermedad o discapacidad aceptando esas limitaciones y desarrollando las opciones restantes. Por ejemplo, pueden minimizar los efectos del dolor planeando una actividad sexual en los tiempos óptimos del día, usando métodos de control del dolor tales como calor húmedo o medicamentos analgésicos, encontrando posiciones cómodas y concentrándose en el placer genital o en imágenes eróticas excitantes para distraerse del dolor (Schover y Jensen, 1988). Como enfatizamos en la sección de “Bases para la mejora sexual y terapia sexual” de este capítulo, expandir la definición de la sexualidad más allá de la

excitación genital y el coito para incluir otras dimensiones, tales como pensamientos eróticos y contacto sensual; desarrollar la flexibilidad en los papeles sexuales e innovar en la técnica sexual también puede ayudar. Como una mujer con CP explicó:

Mi discapacidad como que hace las cosas más interesantes. Tenemos que esforzarnos más, y creo que obtenemos más porque lo hacemos. Tenemos que ser muy concientes uno del otro, tenemos que tomar tiempo. Eso nos hace menos egoístas y más considerados uno con el otro, lo cual ayuda en otras áreas de la relación además de la sexualidad. (Shaul y colaboradores, 1978, p. 5.)

Influencias culturales

La cultura influye fuertemente tanto en la manera como nos sentimos sobre nuestra sexualidad como en la forma en que la expresamos. En esta sección examinamos algunas influencias en la sociedad occidental —particularmente en la de Estados Unidos— que afectan nuestra sexualidad y contribuyen a los problemas en este campo.

Aprendizaje infantil negativo

Aprendemos muchas de nuestras actitudes básicas importantes acerca de la sexualidad durante la niñez (Barone y Wiederman, 1998). Mientras crecemos, observamos e integramos los modelos de relaciones humanas de nuestra familia. Nos damos cuenta de cómo nuestros padres utilizan el contacto y cómo se sienten uno respecto del otro (Bartlik y Goldberg, 2000). Por ejemplo, un investigador encontró que las mujeres con bajo deseo sexual percibían las actitudes de sus padres hacia el sexo y su interacción afectiva significativamente más negativas que las mujeres con un deseo sexual normal (Stuart y colaboradores, 1998). Una variedad de terapeutas investigadores ha reportado que la religiosidad ortodoxa, que equipara el sexo con el pecado, es común en los antecedentes de muchas personas con problemas sexuales.

El doble estándar sexual

La investigación global sobre la sexualidad indica que la igualdad en los papeles de género está relacionada con la satisfacción sexual de hombres y mujeres. En culturas dominadas por los varones en Asia, África y el Medio Oriente, una cantidad significativamente pequeña de personas reporta que tiene vida sexual satisfactoria comparada con las dos terceras partes del mundo occidental, donde una mayor igualdad de género se ha desarrollado a través del tiempo (Lauman y colaboradores, 2006). Con una mayor igualdad entre hombres y mujeres, el doble estándar sexual ha disminuido en Estados Unidos.

Sin embargo, expectativas opuestas para mujeres y hombres siguen prevaleciendo en la sociedad estadounidense y pueden afectar negativamente sus relaciones (Greaves, 2001). Las mujeres aprenden a ser sexualmente restringidas para evitar adquirir la reputación de “putas”, mientras que los hombres aprenden que una conquista sexual es una medida de “virilidad”:

Los materiales eróticos retratan a los hombres como siempre queriendo y siempre estando listos para tener sexo; el único problema sigue siendo cómo conseguir suficiente. Hemos aceptado esta regla para nosotros mismos, y la mayoría de nosotros creemos que siempre debemos ser capaces de responder sexualmente sin importar el tiempo y lugar, nuestros sentimientos hacia nosotros mismos o nuestras parejas, o cualquier otro factor. (Zilbergeld, 1978, p. 41.)

Como resultado de estas expectativas, los hombres tienden a contemplar la interacción sexual como una demostración en la que la prioridad más importante es “actuar como un hombre” para confirmar su papel masculino en cada experiencia sexual. Actuar como un hombre exige primero no exhibir características “femeninas”, co-



© Maya Barnes/The Images Works

La manera en la que otros reaccionan a la exploración genital en la niñez afecta el cómo aprenderán a sentirse los niños acerca de su anatomía sexual.

Los suplementos del viagra de Maxine



Revive el flojo interés hacia lo que ella tiene que decir.



Reenciende el impulso apasionado para recordar cumpleaños, aniversarios, etc.



¡Estimula la urgencia de hacer halagos!



Vuelve a despertar el martillante, palpitante deseo de pensar en ella como un ser humano.



Mejora dramáticamente el acto más básico de todos...

© 1998 Marian Henley

Maxine! Comix © Marian Henley. Reproducido con autorización de la artista.

mo la ternura o receptividad. Las exigencias de confianza en sí mismo y dominancia pueden hacer que pedir la guía de una pareja sexual sea algo insostenible (Kilmartin, 1999; Tiefer, 1999). Las restricciones de las expectativas del papel de género llevan a la ansiedad, frustración y resentimiento en ambos, hombres y mujeres (Bonierbale y colaboradores, 2006; Sanchez, 2006a).

En contraste, la intimidad sexual que trasciende los estereotipos del papel de género —cuando ambos individuos son activos y receptivos, salvajes y tiernos, juguetones y serios— se mueve más allá de las caricaturas de hombres y mujeres y expresa la riqueza humana (Kasl, 1999; McCarthy, 2001). Las parejas del mismo sexo tal vez no tengan que luchar con expectativas opuestas del papel de género en su expresión sexual, pues tienden a tener un repertorio mayor que los heterosexuales, en parte por la ausencia de los guiones rígidos del papel de género y del concepto de cómo “debe” ser el sexo cuando ocurre (Nichols, 2000).

Una definición estrecha de la sexualidad

Como hemos visto repetidamente en este libro de texto, la noción de que sexo es igual a coito pene-vagina contribuye a una estimulación inadecuada para mujeres y a expectativas gravosas y provocadoras de ansiedad en el coito. La terapeuta sexual Leonore Tiefer observa que el énfasis actual en tratamientos médicos como el Viagra, que mejoran la erección, refuerzan excesivamente el coito. “Por cada dólar dedicado a perfeccionar el falo, me gustaría insistir en que un dólar se dedicara a asistir a las mujeres con sus quejas respecto de los impedimentos de sus parejas en los besos, ternura, hablar, higiene y erotismo en general. Demasiados hombres aún no pueden bailar, escribir poemas de amor, acariciar eróticamente el clítoris, cambiarle un pañal al bebé y darle a la mamá tiempo para descansar.” (Tiefer, 1995, p. 170.)

Ansiedad de desempeño

La ansiedad de desempeño puede bloquear la excitación y liberación sexual natural disminuyendo las sensaciones placenteras que se producirían. Un estudio encontró que los hombres se distraían más fácilmente que las mujeres durante sus experiencias sexuales por preocupaciones del desempeño (Meana y Nunnick, 2006). Un problema sexual transitorio, tal como la incapacidad para alcanzar un orgasmo o una erección por fatiga o simplemente por no tener ganas, puede producir suficiente ansiedad para causar un problema en el próximo encuentro sexual también (Benson, 2003). Los

problemas con la disfunción eréctil frecuentemente empiezan con la preocupación que sigue al primer incidente, como se muestra en la siguiente anécdota:

Cuando tenía 20, mi novia y yo estábamos en su cuarto en casa y decidimos tener sexo. Ella me dijo que me calmara porque su mamá estaba en el cuarto contiguo. Luego de tener sexo por un par de minutos, perdí la erección. Me asusté completamente. Después de que mi novia me enseñó su libro de la clase que tomó de sexualidad humana me tranquilicé del calvario y achaqué mi problema a una mala situación. (Archivo de los autores.)

La inhibición orgásmica tanto en hombres como en mujeres puede resultar de una presión extrema en el desempeño y de la incapacidad de ser “egoísta” para perseguir el aumento de la excitación sexual propia en vez de enfocarse en el placer de la pareja (Apfelbaum, 2000).

Factores individuales

Más allá de las influencias culturales en los sentimientos y expresiones sexuales, las dificultades en este ámbito pueden surgir de factores psicológicos que son usualmente únicos para cada individuo.

Conocimiento y actitudes sexuales

Nuestro conocimiento y actitudes respecto del sexo tienen una influencia directa en nuestra expresión sexual. Cuando las dificultades están basadas en la ignorancia o en un concepto erróneo, la información correcta puede, a veces, aliviar la insatisfacción sexual. Por ejemplo, si una mujer tiene información acerca de la función de su clítoris en la excitación sexual, es más probable que tenga experiencias diferentes que una que no tiene este conocimiento. Que las mujeres tengan menos problemas sexuales mientras tienen más edad y sean más concientes de sí mismas, afianza la idea de que la sexualidad se desarrolla a lo largo de nuestra vida (Leland, 2000a).

Autoconcepto

El término *autoconcepto* se refiere a los sentimientos y creencias acerca de nosotros mismos. Nuestro autoconcepto puede influenciar nuestras relaciones y sexualidad (Foley, 2003). La investigación ha encontrado que la autoestima y la confianza en sí mismo están correlacionadas con una mayor satisfacción y la falta de problemas sexuales (Apt y colaboradores, 1993; Hally y Pollack, 1993). Por ejemplo, una mujer que se siente cómoda con su cuerpo, que cree que tiene derecho al placer y toma un papel activo en alcanzar la realización sexual, es más probable que tenga una relación sexual satisfactoria que otra que no tiene esos sentimientos respecto de sí misma (Nobre y Pinto-Gouveia, 2006; Sanchez y colaboradores, 2006). Por otro lado, un problema sexual puede afectar negativamente el concepto de sí mismo (Altof y colaboradores, 2006). Por ejemplo, en un estudio acerca del uso de Viagra, antes del tratamiento los hombres con disfunción eréctil tenían resultados más bajos en exámenes de autoestima que los hombres sin ED. Después de 10 semanas de tomar Viagra, los resultados de esos hombres aumentaron hasta igualar los de los hombres sin ED (Cappellen y colaboradores, 2006).

La imagen corporal es un aspecto del autoconcepto que afecta fuertemente la sexualidad. Entre más esté uno distraído con pensamientos negativos acerca de su cuerpo, menos será capaz de tener placeres físicos y emocionales durante la actividad sexual. En culturas occidentales los cuerpos de las mujeres son vistos, evaluados y sensualizados más que la anatomía de los hombres; la delgadez y belleza son frecuentemente equiparadas con atracción sexual. Las preocupaciones de las mujeres respecto del peso empiezan mucho antes que las de los varones. Inclusive cuando los niños y niñas tienen el mismo porcentaje de grasa, las chicas expresan mayor insatis-



China Photos/Getty Images

El peso de las modelos de hoy en día es súper delgado en comparación con la voluptuosidad de Marilyn Monroe.

facción con su peso e imagen corporal que los niños (Rierdan y colaboradores, 1998; Wood y colaboradores, 1996). Eve Ensler, autora de *Monólogos de la vagina*, aclara: “A los estadounidenses nos gusta decirnos a nosotros mismos que somos libres, pero estamos encarcelados. Estamos controlados por los medios corporativos que decretan cómo debemos vernos y determinan qué debemos comprar para obtener y retener esa apariencia” (2006, p. 47).

Que las imágenes de las mujeres en los medios de comunicación hayan ido más y más lejos del promedio de las tallas femeninas, puede haber contribuido a la percepción de la importancia de la delgadez. A principios de los años 1980 la modelo promedio pesaba 8% menos que la mujer estadounidense promedio; ahora pesa 23% menos (Jeffery, 2006). En una acción sin precedente, en 2006 la internacionalmente prominente Semana de la Moda de Madrid impuso un criterio de peso mínimo en las modelos. El *show* prohibió chicas muy delgadas que no cumplieran con las directrices de la Organización Mundial de la Salud para las proporciones de peso-estatura saludables. Más de 30% de las participantes en el *show* del año anterior fueron descalificadas, incluyendo súper modelos como la británica Kate Moss. Otros países están considerando establecer directrices similares, esperando ayudar a proveer una imagen corporal saludable para las mujeres (Terzieff, 2006).

La autoconciencia de una mujer acerca de su cuerpo durante la intimidad física con una pareja masculina es bastante común (Meana y Nunnick, 2006). Una investigación con universitarias en el mediooeste de Estados Unidos encontró que 35% reportó autoconciencia física durante la intimidad con una pareja masculina, y estuvo de acuerdo con declaraciones como: “Si una pareja fuera a poner su mano en mis nalgas, pensaría, ‘mi pareja puede sentir mi gordura’” y “Preferiría tener sexo con mi pareja arriba para que fuera menos probable que viera mi cuerpo”. Investigaciones han encontrado patrones que relacionan la imagen corporal con la experiencia de ser sexual. Las mujeres menos autoconscientes respecto de su cuerpo se vieron como buenas parejas sexuales, eran más asertivas y tenían más experiencia heterosexual que quienes eran más autoconscientes —inclusive cuando su cuerpo era de talla similar (Wiederman, 2000).



La depilación con cera fue alguna vez un área sólo para mujeres.

Tendencias recientes sugieren que las imágenes de los hombres en los medios contribuyen a la inseguridad acerca de su cuerpo, y consecuentemente comprometen su vida sexual por preocupaciones acerca de su apariencia. Por ejemplo, universitarios que pasan más tiempo leyendo revistas para hombres y viendo videos musicales y televisión de horario estelar están menos cómodos con su vello corporal y sudor que los hombres con menos exposición a los medios masivos (Schooler y Ward, 2006). Los hombres que aparecen en las revistas y en televisión usualmente carecen de vello corporal y *Queer Eye for the Straight Guy* a menudo les insiste que depilen su espalda como un arreglo básico. El vello masculino con frecuencia es objeto de bromas, como en la película de *Virgen a los 40*, en la que el protagonista intenta que le depilen el vello del pecho con el afán de ser más atractivo para las mujeres. Además, la insatisfacción de los varones con su cuerpo fue indicada por un estudio de preferencia corporal; la mayoría prefería fotos de cuerpos con 4.5 kilos más de músculo que el propio (O'Neill, 2000a). Parte de la cultura gay pone gran énfasis en la apariencia física al escoger pareja.

Las figuras de acción, que representan al varón ideal para los niños, han embarnecido con el tiempo. El *G.I. Joe* original de 1964 tenía medidas razonables comparables con las proporciones de los hombres actuales. Para 1991 los bíceps de *Joe*, si hubieran estado de tamaño real, se habrían hinchado de 30.5 a 42 centímetros, y el *G.I. Joe Extremo* que

debutó a mediados de los años 1990 tendría bíceps de 68.5 centímetros (Pope y colaboradores, 2000).

Aunque la mayoría de las mujeres no pone prioridad en el tamaño del pene, la preocupación del hombre al respecto puede interferir con su excitación y disfrute. En una encuesta de más de 52 000 hombres y mujeres heterosexuales, sólo 55% de los varones estaba satisfecho con el tamaño de su pene, pero 85% de las mujeres estaba conforme con las proporciones del falo de su pareja (Lever y colaboradores, 2006). A diferencia de verlo de tamaño normal en el arte clásico, como la escultura desnuda del *David* de Miguel Ángel, ver pornografía puede contribuir al distorsionado sentido de lo que es “normal”, porque las estrellas porno masculinas son seleccionadas debido a sus genitales sobredimensionados.

Un estudio de más de 27 000 hombres de edades de entre 20 y 75 años en ocho países (Estados Unidos, Gran Bretaña, Alemania, Francia, Italia, España, México y Brasil) proporcionó una muestra positiva de cómo los hombres perciben su masculinidad, diferente de la manera típica que los medios populares han retratado. Se encontró que valoraban muchas cualidades además de su atractivo físico y proezas sexuales. Ser honorable, confiable, respetado por sus amigos, tener buena salud y una relación positiva con su esposa fueron considerados más importantes para ellos (Michael y colaboradores, 2005).

El mundo occidental no tiene en exclusiva las preocupaciones respecto de la definición cultural de belleza. El cuadro de Sexualidad y diversidad lo explica.

SEXUALIDAD Y DIVERSIDAD

Sufriendo por la belleza

Las 4 700 millas de costa de Brasil y la preferencia de los brasileños por mujeres con traseros grandes y curvos han hecho que la cirugía cosmética para reconstruir las nalgas sea común en las ciudades de este país. Uno de los métodos usados consiste en tomar grasa de los muslos e inyectarlo en las nalgas o insertar implantes para crear un trasero más exhuberante. En Asia, la cirugía cosmética que se realiza con más frecuencia es la conocida como “tire y cose”, la cual crea un pliegue superior que hace que los ojos de las mujeres se vean más redondos y más “occidentales”. Las mujeres en Sudáfrica, que consideran que la piel más clara es el ideal de belleza, usan cremas para blanquear y jabones que contienen una sustancia prohibida por causar daño en la piel y desfiguración (Jones, 2003).

Los anuncios personales en China a menudo especifican altura —entre más alta, mejor—. Cientos de mujeres se someten cada año a cirugías para alargar sus piernas y de ese modo ser 5 o 10 centímetros más altas. Un equipo de cinco cirujanos tarda tres horas serruchando, taladrando y martillando; entonces se asegura una estructura alrededor de la pierna con tornillos taladrados que atraviesan la

pierna y se introducen en el hueso. La estructura fuerza a la pierna para que se alargue, mientras que el proceso de regeneración del hueso toma al menos un año.

Cortesía de Charles S. Lee, MD/Enhance Plastic Surgery



Los ojos antes y después de la cirugía para hacer que parezcan más caucásicos.

Dificultades emocionales

Los conflictos emocionales personales, como la ansiedad y la depresión, tienen un efecto profundo en la sexualidad. La NHSLS encontró que la infelicidad de la vida está correlacionada con los problemas sexuales. Los datos no clarifican si uno causa el otro, pero mujeres y hombres que experimentaban problemas sexuales eran considerablemente más propensos a ser infelices con su vida en general que los encuestados sin dificultades sexuales (Laumann y colaboradores, 1999).

La falta de interés y respuesta sexual es un síntoma común de depresión. Además, situaciones de una vida estresante, tales como la muerte en la familia, divorcio, o dificultades extremas familiares o en el trabajo pueden resultar en falta de interés sexual. El estrés y trauma intensos, como los experimentados por veteranos de guerra, también interfieren con el funcionamiento sexual (Letourneau y colaboradores, 1997).

Abuso sexual y violación

Las condiciones esenciales para una interacción sexual positiva —consentimiento, igualdad, respeto, confianza y seguridad— están ausentes en el abuso sexual. A niños y niñas que son víctimas de este maltrato se les roba la oportunidad de explorar y desarrollar la sexualidad de acuerdo con su edad; es decir, a su propio paso (Braveman y Woodward-Kreitz, 2005; Maltz, 2003). De acuerdo con la NHSLS, 12% de los hombres y 17% de las mujeres fueron abusados sexualmente antes de la adolescencia (Laumann y colaboradores, 1999). Lesbianas, homosexuales y bisexuales adultos son más propensos a haberlo sufrido en la niñez que adultos heterosexuales (Balsam y colaboradores, 2005). Es importante hacer notar que no todos estos abusos resultan en problemas sexuales en la edad adulta, pero de todas las experiencias de la niñez, el abuso sexual tiene el mayor efecto negativo en el funcionamiento sexual del adulto (Courtois, 2000a, 2000b). Investigaciones muestran que mujeres con una historia de este tipo en la infancia son de dos a cuatro veces más propensas que otras mujeres a tener dolor pélvico crónico y a experimentar depresión, ansiedad y baja autoestima (Murrey y colaboradores, 1993; Reiter y Milburn, 1994). Mujeres sobrevivientes de esta experiencia en la niñez tienen más frecuentemente sentimientos de ansiedad, miedo y repugnancia durante las actividades sexuales que otras que no lo experimentaron (Meston y colaboradores, 2006). La investigación en sobrevivientes varones es muy limitada, pero se sabe que a menudo tienen fuertes preocupaciones acerca de su masculinidad por haber sido una víctima sexual (Lew, 2004). Además, con frecuencia experimentan reacciones de repugnancia hacia conductas sexuales similares a las que padecieron durante el abuso. Puede que tengan recuerdos (*flashbacks*) repentinos de olores, sonidos, vistas, sentimientos y otras sensaciones del abuso sexual pasado que dramáticamente interrumpen cualquier sentimiento positivo y placer sexual (Courtois, 2000a, 2000b; Koehler y colaboradores, 2000).

Inclusive chicas adolescentes que se enganchan en sexo no deseado por el miedo de que su novio se enoje si dicen “no”, experimentan ansiedad y depresión subsecuente. Un estudio encontró que cerca de 41% de las chicas entre 14 y 17 años ha tenido relaciones sexuales cuando no quería y 10% dijo que su novio las obligó a tenerlas. Las adolescentes que experimentaron coito no deseado fueron más propensas a tener infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, y fue menos probable que su pareja utilizara condones (Blythe y colaboradores, 2006).

La investigación también ha evidenciado graves consecuencias sexuales para sobrevivientes de una violación durante la adultez (Lutfey y colaboradores, 2006). Un estudio a 372 sobrevivientes de asalto sexual encontró que al menos 59% experimentó problemas sexuales después del evento —con cerca de 70% de este grupo que relacionó estos problemas con el asalto—. Miedo a las relaciones y falta de deseo o excitación fueron los síntomas que mencionaron con más frecuencia (Becker y colaboradores, 1986). Además, los efectos pueden ser duraderos: 60% de las víctimas tuvo problemas sexuales hasta más de tres años después. (Becker y Kaplan, 1991).

Los problemas subsecuentes del abuso sexual en la infancia y de la violación sexual en la edad adulta son, a menudo, difíciles de entender y afrontar efectivamente por las parejas de los sobrevivientes (Haansbaek, 2006). Wendy Maltz, una terapeuta sexual, desarrolló *El camino de la curación sexual* y el video *Socios en la curación* para ayudar, específicamente, a sobrevivientes de abuso sexual y a sus parejas a resolver los problemas originados por la agresión.

Factores de la relación

Además de los sentimientos y actitudes personales, factores de la relación influyen fuertemente en la satisfacción y calidad de una interacción sexual (Real, 2002). Estos factores varían a menudo de acuerdo con la pareja y sus circunstancias particulares. Por ejemplo, una pareja puede encontrar que una pelea termina típicamente con hacer el amor apasionadamente, mientras que los miembros de otra pueden moverse a cuartos separados durante una semana después de la discusión. Además, cuando un miembro de la pareja experimenta un desorden sexual —digamos falta de interés y dificultad eréctil— es probable que el interés sexual y la capacidad de excitarse de la contraparte sean afectados negativamente (Fisher y colaboradores, 2006; Samraj y colaboradores, 2005).

Resentimientos no resueltos, falta de confianza o respeto y disgusto de un miembro de la pareja pueden llevar fácilmente a desinterés sexual y a problemas con la excitación y el orgasmo. Un miembro de la pareja puede, incluso, usar su desinterés sexual, consciente o inconscientemente, para herir o castigar al otro. Una persona que es frecuentemente presionada a tener relaciones o que se siente culpable de decir que no puede sentir menos y menos deseo. Además, alguien que experimenta falta de poder y control en su relación suele perder deseo o capacidad de respuesta, ganando con ello algo de control en el aspecto sexual de la relación (Marzucco, 2005; LoPiccolo, 2000). Las dificultades sexuales también ocurren cuando dos compañeros dependen mucho uno del otro; las parejas necesitan un balance entre estar juntos y estar separados (DeVita-Raeburn, 2006).

Cuando el deseo sexual hipoactivo no se debe a déficit hormonal, a menudo refleja problemas no resueltos de la relación. Un estudio encontró que mujeres HSDD



© The New Yorker Collection 1998. P. C. Ilustración de cartoonbank.com.
Todos los derechos reservados.

“No estás tan molesta. Si estuviéramos destinados a tener buen sexo, probablemente nos hubiéramos casado con otras personas.”

reportaban mayor insatisfacción con aspectos de su relación que aquellas con otros problemas sexuales, tales como dolor durante el coito o dificultad para alcanzar el orgasmo (Stuart y colaboradores, 1998). En este estudio, la disminución del deseo estaba asociada con algunas características específicas de la relación:

- La pareja de la mujer no se comportaba afectivamente excepto antes del coito.
- La comunicación y resolución de conflictos era insatisfactoria.
- La pareja no mantenía amor, romance y cercanía emocional.

Comunicación ineficaz

Sin comunicación efectiva verbal y no verbal, las parejas deben basar sus encuentros sexuales en suposiciones, experiencias pasadas y pensamientos ilusorios, lo cual puede hacer que la vivencia se vuelva rutinaria e insatisfactoria. Una fuente habitual de problemas son los papeles de género estereotipados, en particular el mito de que “el sexo es responsabilidad exclusiva del hombre y la asertividad sexual en una mujer es ‘no-femenina’” (Kaplan, 1974, p. 350). Por ejemplo, una mujer que no experimenta orgasmos tiene mayor dificultad para comunicar a su pareja su deseo de estimulación directa en el clítoris que una mujer que sí alcanza el clímax (Kelly y colaboradores, 1990).

Miedos respecto del embarazo o infecciones de transmisión sexual

El miedo a un embarazo no deseado puede interferir con el placer coital en una relación heterosexual, especialmente cuando las parejas no utilizan un método anticonceptivo efectivo (Sanders y colaboradores, 2003). Por otro lado, muchas parejas que quieren concebir y tienen dificultades para lograrlo a menudo encuentran que su relación sexual se torna ansiosa, específicamente si tienen que modificar y regular el tiempo y patrón de su interacción sexual para aumentar la posibilidad de concepción.

La ansiedad acerca de contraer una infección de transmisión sexual, particularmente SIDA, puede interferir con la excitación sexual tanto en relaciones homosexuales como heterosexuales. El riesgo existe para las personas que no están en una relación monógama y libre de enfermedades. Pautas para sexo más seguro se describen en el capítulo 15.

Orientación sexual

Otra razón para que un hombre o mujer experimenten insatisfacción o problemas sexuales en una relación heterosexual puede ser el deseo de involucrarse con individuos del mismo sexo (Althof, 2000). Aunque mucho progreso se ha logrado en establecer los derechos homosexuales, seguir la orientación homosexual propia aún involucra afrontar, si no una completa discriminación, sí las desaprobaciones sociales. Para evitar estas repercusiones, algunas personas intentan vivir relaciones heterosexuales a pesar de la falta de deseo sexual en ellas.

Las dificultades sexuales también pueden ocurrir en hombres y mujeres homosexuales que tienen relaciones con personas de su mismo sexo pero que no han podido deshacerse de las creencias internalizadas negativas respecto de la homosexualidad (Nichols, 1989). Como esta mujer explicó:

Fue una pelea de 10 años para aceptarme como lesbiana. Intenté salir con hombres, pero siempre encontré que algo especial, significativo, faltaba. Tuve varias relaciones con mujeres que no funcionaron. Después conocí a Carol. Me gustó, la respeté, y me sentí muy atraída hacia ella. Estaba buscando una relación a largo plazo, y las compatibilidades y sentimientos eran correctos. El sexo era maravilloso hasta que me dijo que me amaba. Un interruptor se apagó, y dejé de sentirme interesada. En la terapia pude darme cuenta de que los pensamientos persistentes de la desaprobación de mi madre me habían impedido permitirme a mí misma tener una feliz y completa relación “homosexual”. Trabajé esos sentimientos y ahora disfruto mi sexualidad en una amorosa y comprometida relación por primera vez en mi vida. (Archivo de los autores.)

➤ Bases para la mejora sexual y terapia sexual

Las recomendaciones de autoayuda y terapia sexual ofrecidas en las siguientes secciones han ayudado a muchas personas a mejorar sus relaciones sexuales o a resolver problemas en este campo. Sin embargo, las mismas técnicas no sirven para todos, y los ejercicios a menudo necesitan ser individualmente modificados. Además, el soporte profesional puede ser necesario cuando los esfuerzos personales, de pareja, o ambos no producen los resultados deseados. Por reconocer que la terapia es a veces necesaria para promover el cambio, hemos incluido en la última sección de este capítulo pautas para buscar terapia sexual.

Aumentar el autoconocimiento es a menudo un paso importante en la mejora sexual. Con esto en mente, brevemente esbozamos procedimientos para mejorar la conciencia y aceptación del propio cuerpo y presentamos actividades que pueden proveer la estimulación más placentera.

Autoconciencia

La autoconciencia física y emocional y la autoexpresión son elementos cruciales para las experiencias sexuales satisfactorias (Morehouse, 2001; Schwartz, 2003). Una buena manera de aumentar la autoconciencia y comodidad con nuestra sexualidad es familiarizarnos con nuestra anatomía genital, como se describe en los capítulos 4 y 5. Experimentar con la masturbación es también una manera efectiva para que hombres y mujeres aprendan acerca de y expandan la respuesta sexual, como se explica en el capítulo 8. La autoestimulación y la exploración son, frecuentemente, una parte importante en el aprendizaje de las mujeres sobre cómo experimentar un orgasmo y de los hombres sobre cómo retrasar la eyaculación.

Las personas pueden tener un tipo de masturbación que discrepa de la habilidad de su compañero para excitarle. Por ejemplo, 65% de los hombres que buscaron ayuda por eyaculación inhibida tenían patrones de intensidad, presión y velocidad de estimulación que eran imposibles de reproducir durante el coito. Algunos se frotaban contra ciertas superficies, utilizaban presión manual muy fuerte o caricias muy rápidas (Helien y colaboradores, 2006). Las mujeres también pueden tener patrones de masturbación, como cruzar las piernas y mecerse, que es imposible que una pareja replique. Modificar las técnicas de masturbación para asemejarlas a la estimulación en pareja y hacerlas más parecidas al coito es un paso para experimentar el orgasmo.

Comunicación

Uno de los beneficios primarios de la terapia sexual —aunque la meta inmediata sea aprender a tener orgasmos con el compañero, a superar la eyaculación precoz, o a resolver casi cualquier problema—, es que los compañeros que participan juntos en el tratamiento a menudo desarrollen más habilidades efectivas de comunicación. Esta cita de nuestros archivos refleja qué tan importante es la comunicación para resolver las dificultades sexuales:

Él diría perdón por ser tan rápido, y que tal vez mejoraría con el tiempo. Finalmente, le pedí que viniera a clase conmigo el día que pasaste la película demostrando la técnica. Una vez que de verdad hablamos abiertamente, las cosas empezaron a mejorar. Me enseñó cómo le gustaba que lo estimularan, cosas que nunca me había dicho. Se volvió más consciente de mis necesidades y de lo que requería para estar satisfecha. De verdad empezó a introducirse una gran variedad en nuestra forma de hacer el amor, en vez de sólo besar y hacerlo. Por cierto, la técnica sí funcionó en frenarlo, pero creo que el mayor beneficio fue romper las barreras de comunicación. (Archivo de los autores.)

Lo invitamos a revisar las estrategias de comunicación en el capítulo 7 para ayudar a mejorar su comunicación.

Puede ser particularmente valioso para los miembros de la pareja comunicarse uno a otro qué tipo de tocamiento encuentran excitante mostrándose cómo se masturban. Esta actividad a menudo forma parte de la terapia sexual de mujeres aprendiendo a experimentar un orgasmo en pareja, y para resolver la eyaculación precoz y dificultades eréctiles. La masturbación es también una manera de acomodar una diferencia, potencialmente problemática, en el deseo sexual de la pareja. El compañero que quiere una descarga sexual más a menudo que el otro puede masturbarse mientras su pareja lo o la besa o acaricia sin la necesidad de excitarse o experimentar orgasmos.



Palabras para consultar en InfoTrac

● Placereado

Placereado Proceso de tocamiento y comunicación usado para mejorar el placer sexual y reducir la presión del desempeño.



Salud sexual

Placereado

Una de las más útiles actividades orientadas a la pareja para mejorar el goce sexual mutuo es una serie de ejercicios de tocamiento llamada **placereado** (➡ figura 14.3). Masters y Johnson desarrollaron esta técnica como un paso básico para tratar los problemas sexuales. El placereado puede ayudar a reducir la ansiedad causada por la persecución de las metas y aumentar la comunicación, placer y cercanía (De Villers y Turgeon, 2005). Esta modabilidad también es útil para que cualquier pareja mejore su relación sexual.

En los ejercicios de placereado, las parejas toman turnos para tocarse uno al otro siguiendo algunas pautas esenciales. Parejas del mismo sexo y heterosexuales pueden beneficiarse de esta práctica. En las siguientes descripciones asumimos que quien está tocando es una mujer y quien está siendo tocado es un hombre. Para empezar, la persona que estará tocando toma un poco de tiempo con el fin de “preparar el escenario” para que el ambiente sea confortable y placentero para ella; por ejemplo, puede desconectar el teléfono y arreglar un lugar cálido y acogedor con música y luz relajante. Entonces las dos personas se desnudan y quien toca empieza a explorar el cuerpo de su pareja, siguiendo estas importantes pautas: no tocará para complacer o excitar al otro sino para complacerse ella. La meta es que quien toca se concentre en su percepción de texturas, tamaños y temperaturas. El sujeto receptivo se da cuenta de cómo se siente ser tocado, y se mantiene callado, excepto cuando un tocamiento es incómodo. En este caso, describe la sensación incómoda y lo que su pareja, puede hacer para que sea más cómodo. Por ejemplo: “Eso da cosquillas, por favor toca el otro lado de mi brazo.” Esta pauta ayuda a quien toca a atender completamente sus

➡ **Figura 14.3** El proceso de placereado, en el que los miembros de la pareja exploran sensualmente el cuerpo del otro, puede contribuir al mejoramiento mutuo del disfrute sexual.



propias sensaciones sin preocuparse acerca de si lo que está haciendo es desagradable para su pareja. La cualidad no demandante de este tipo de tocamiento ayuda a reducir o eliminar la ansiedad del desempeño y permite a la pareja expandir las caricias más allá de la estimulación dirigida a una meta.

En el siguiente ejercicio de placereado, las dos personas cambian papeles, siguiendo las mismas pautas de antes. En estas experiencias iniciales de placereado, el coito y tocar tanto pechos como genitales está prohibido. Sólo después de que las parejas se han enfocado en tocar y en la comunicación de sensaciones incómodas, incluyen pechos y genitales como parte del ejercicio. De nuevo, quien toca se enfoca en su propio interés y placer, no en el del compañero. Después de la inclusión de pechos y genitales, la pareja progresa a la experiencia simultánea de placereado. Ahora se tocan uno al otro al mismo tiempo y experimentan las sensaciones de tocar y ser tocado. ■

La terapia moderna occidental se basa en la suposición de que los valores de comunicación abierta, intimidad emocional y placer físico de ambos compañeros guían el tratamiento y sus metas. Sin embargo, estos principios son no éticos en las normas de muchas culturas (D. Goodman, 2001), como explicamos en el siguiente recuadro de Sexualidad y diversidad.

SEXUALIDAD Y DIVERSIDAD

Cómo la moderna terapia sexual puede chocar con los valores culturales

Las creencias culturales influyen en las prácticas sexuales, la percepción de los problemas sexuales y las maneras de tratarlos. Un estudio conducido en Arabia Saudita, donde la relación sexual marital está basada primariamente en dos dimensiones, la potencia sexual masculina y la fertilidad de la pareja, encontró que el problema más común que llevaba a una pareja a terapia era la disfunción eréctil. Las mujeres en Arabia Saudita, que son criadas para inhibir sus deseos sexuales, van a terapia sólo por problemas de coito doloroso. A diferencia de sus homólogas en países occidentales, no buscan ayuda por falta de deseo u orgasmo. Tanto para hombres como para mujeres, sólo cuando el coito en sí está impedido —no el interés o el placer— es que las parejas buscan tratamiento (Osman y Al-Sawaf, 1995).

Muchas tradiciones culturales permiten poca o ninguna educación o comunicación respecto de los asuntos sexuales. En Pakistán la falta de educación sexual formal conlleva desinformación. Por ejemplo, los hombres que experimentan eyaculación precoz creen que la masturbación y la eyaculación durante el sueño les han dañado los músculos y vasos sanguíneos del pene, causando su problema sexual (Bhatti, 2005). Los asiáticos consideran vergonzoso discutir sobre el sexo, especialmente con alguien que no sea de la familia. En culturas donde las mujeres deben ser inocentes respecto del sexo, la educación sexual que es un componente de la terapia se conflictúa con los valores prevalecientes. A los musulmanes se les enseña a evitar hablar de sexualidad con personas del otro sexo (incluyendo a sus esposas). Afrontar una historia sexual puede ser estresante para clientes con estas creencias, especialmente cuando la esposa y el esposo son entrevistados juntos.

Técnicas de terapia sexual específicas también pueden contradecir valores culturales (Rosenau y colaboradores, 2001; Timmerman, 2001). Por ejemplo, ejercicios de masturbación para tratar la anorgasmia, dificultades eréctiles o eyaculación precoz entran en conflicto con prohibiciones religiosas de judíos ortodoxos y de algunos cristianos fundamentalistas. La igualdad de género inherente a los ejercicios de placereado y evitar el coito también causan objeciones para muchas religiones y grupos étnicos.

La terapia sexual necesita tomar en cuenta los valores culturales del cliente y las implicaciones que tienen para su conducta íntima. Los terapeutas deben intentar ajustar el tratamiento a las bien integradas perspectivas étnicas y religiosas de sus pacientes (Richardson y colaboradores, 2006; Shtarkshall, 2005). Probablemente ayude más, que imponer las normas culturales inherentes a la terapia sexual occidental (Hodge, 2004).

En lo que queda de este capítulo veremos algunas estrategias y enfoques de la terapia sexual que son usados para afrontar problemas sexuales femeninos y masculinos, así como trastornos del deseo sexual.

Sugerencias específicas para mujeres

En esta sección describimos procedimientos que pueden ayudar a las mujeres a aprender a incrementar su excitación sexual para alcanzar el orgasmo con ellas mismas o con un compañero. También incluimos sugerencias para afrontar el vaginismo.

Volverse orgásmicas

Los programas terapéuticos para aprender a experimentar un orgasmo están basados en actividades de autoconciencia que la mujer hace en casa en el marco de las sesiones de terapia. Al principio del tratamiento, la exploración corporal, el autoexamen genital y los ejercicios de Kegel (ver capítulo 4) son enfatizados; entonces la terapia y los ejercicios en casa avanzan progresivamente a prácticas de autoestimulación similares a aquellas descritos en el capítulo 8 (ver “Técnicas de autosatisfacción”). Una ventaja de la autoestimulación es que la mujer que no tiene pareja puede volverse orgásmica.

A veces se usa un vibrador para ayudar a una mujer a experimentar un orgasmo por primera vez, para que sepa que puede tener esta respuesta. (Un vibrador es usualmente menos agotador que el uso de dedos y provee una más intensa estimulación.) Después de que ha experimentado algunos orgasmos con el vibrador, es provechoso que regrese a la estimulación manual. Este paso es importante porque es más fácil para un compañero replicar la manera propia de tocarse que con la estimulación de un vibrador. Otro método, que involucra el Dispositivo de Terapia Clitorídea Eros (➔ figura 14.4), está diseñado para aumentar el flujo de la sangre, y consecuentemente la excitación del clítoris (Munarriz y colaboradores, 2003). Las hormonas y productos discutidos en la última sección sobre cómo tratar el bajo deseo sexual también pueden ser útiles para incrementar la excitación.



Cortesía de Nugyn, Inc.

➔ **Figura 14.4**
Sitio web del productor
Nugyn, el estimulador
sexual para mujeres.

Experimentar un orgasmo con un compañero

Una vez que una mujer ha aprendido a experimentar un orgasmo a través de su propia estimulación, compartir sus descubrimientos con su pareja puede ayudar a que ésta conozca cuáles formas de estimulación son más placenteras para ella. Cada

pareja toma turnos para explorar visualmente los genitales del otro, localizando las partes analizadas en los capítulos 4 y 5. Después de mirar detenidamente, experimentan con el tocamiento, dándose cuenta y compartiendo cómo sienten en diferentes áreas. El siguiente paso es que la mujer se estimule a sí misma en la presencia del compañero; su pareja puede tomarla de la mano y besarla o acostarse a su lado, como se muestra en la **Figura 14.5**. Éste es un paso difícil. Una mujer describe cómo manejó su incomodidad:

Cuando quise compartir con mi compañero lo que había aprendido respecto de mí misma a través de la masturbación, me sentí ansiosa sobre cómo hacerlo. Finalmente, decidimos que para empezar, yo estaría en el cuarto, y él en la sala, sabiendo que me estaba masturbando. Después él se sentaría en la cama, pero sin verme. El siguiente paso fue que me tomó de la mano y me besó mientras me tocaba. Entonces me sentí más cómoda para mostrarle cómo me tocaba a mí misma. (Archivo de los autores.)



Figura 14.5 La masturbación en presencia de la pareja puede ser una manera efectiva para que un individuo muestre qué tipo de tocamiento encuentra excitante sexualmente.

Después el compañero empieza a dar, con la mano, placer genital no demandante. La pareja puede hacer esto en cualquier posición que le acomode. La mujer pone su mano sobre la de su compañero en sus genitales para guiar el tocamiento. Pueden usar lubricantes para incrementar el placer de las sensaciones. El propósito de las sesiones iniciales es que la mujer le enseñe a su compañero qué tocamientos se sienten bien en vez de producir un orgasmo. Una vez que la mujer piensa que está lista para experimentarlo, ella le indica a su compañero que continúe la estimulación hasta que alcance el clímax. El orgasmo probablemente no ocurrirá hasta que la pareja haya tenido varias sesiones.

Se pueden usar diversas técnicas específicas para incrementar la excitación de la mujer y la posibilidad del orgasmo durante el coito. La primera tiene que ver con cuándo empezar la relación sexual. En vez de empezarla después de unos minutos de juego previo o cuando hay suficiente lubricación, una mujer puede guiarse por su sentimiento, que suele llamarse “estar lista”. Estar lista es la sensación vaginal de querer tener una relación sexual. No todas las mujeres experimentan esta sensación de estar listas, pero para aquellas que lo vivencian, empezar el coito en este momento (y no antes) puede mejorar las subsiguientes sensaciones eróticas. Por supuesto, la pareja tendrá que cooperar esperando que ella le indique cuándo está lista y no intentando empezar el coito antes.

Una mujer que quiere incrementar la estimulación durante el coito puede beneficiarse al iniciar los tipos de movimientos y presiones que encuentre más excitantes; también puede estimular su clítoris manualmente o con un vibrador, como se muestra en la **Figura 14.6**. La estimulación manual del clítoris por parte de su pareja durante el coito probablemente mejorará la excitación. La **tabla 14.5** en la siguiente página destaca cómo las mujeres que son orgásmicas, rutinariamente facilitan la experiencia orgásmica durante el coito (Ellison, 2000).



Figura 14.6 Uso del vibrador para estimulación clitorídea durante el coito.

2371 mujeres completaron la frase: "Además de obtener estimulación física específica, a menudo he hecho lo siguiente para ayudarme a alcanzar un orgasmo durante el sexo con una pareja."

Actividad	Porcentaje
Acomodado mi cuerpo para obtener la estimulación que necesito	90
Puesto atención en mis sensaciones físicas	83
Apretar y relajar mis músculos pélvicos	75
Sincronizar el ritmo de mis movimientos con los de mi pareja	75
Pedido o alentado a mi pareja que hiciera lo que necesitaba	74
Sentirme sexy desde antes	71
Enfocarme en el placer de mi pareja	68
Sentir/pensar en lo mucho que amo a mi pareja	65

Fuente: Ellison (2000, p. 244).

Enfrentándose con el vaginismo

El tratamiento del vaginismo comienza usualmente con un examen pélvico en el que el profesional de la salud demuestra la reacción de espasmo vaginal a la mujer o a la pareja. La terapia subsecuente empieza con ejercicios de relajación y autoconciencia, incluyendo un baño relajante, exploración general del cuerpo, y goce manual de genitales externos. Después la mujer aprende a insertar primero una punta del dedo, luego un dedo, y eventualmente tres dedos en su vagina sin experimentar contracciones vaginales. En cada etapa la mujer practica la relajación y contracción de los músculos vaginales, como con los ejercicios de Kegel (ver capítulo 4). Dilatadores, que son barras cilíndricas de varios tamaños, a veces también sirven para acostumbrar a las paredes vaginales a relajarse (Leiblum, 2000). La retroalimentación y terapia física también pueden ser incluidas (Koehler, 2002).

Una vez que la mujer ha completado los pasos precedentes, su pareja puede empezar a participar siguiendo los mismo pasos que ella realizó. Después de que el hombre introduzca tres dedos sin inducir un espasmo muscular, la mujer controla una inserción lenta del pene de su pareja con muchos movimientos pausados que le permitan familiarizarse con la contención vaginal del pene. Movimientos pélvicos y concentrarse en el placer se añaden después, sólo cuando ambos compañeros están cómodos con la penetración.

Sugerencias específicas para hombres

En los siguientes párrafos esbozamos métodos para tratar las comunes dificultades de eyaculación precoz y disfunción eréctil. También ofrecemos un modo de tratar la condición menos común de la disfunción orgásmica.

Durando más

Algunos enfoques de autoayuda y terapia sexual para aprender el control eyaculatorio son fáciles de implementar, en muchos casos, sin guía profesional.

Estrategias para retardar la eyaculación Algunas veces los hombres pueden adquirir un control considerable sobre la eyaculación practicando algunas estrategias simples. Los varones que no tengan eyaculación precoz y las lectoras pueden encon-

trar el siguiente análisis valioso simplemente porque a veces les gustaría que el coito durara más.



- *Eyacular con mayor frecuencia.* Los hombres con problemas de eyaculación precoz a veces encuentran que pueden retrasarla cuando están teniendo orgasmos más frecuentes masturbándose o con una pareja sexual.
- *¡Otra vez!* Una pareja puede experimentar con interacción sexual continua después de la primera eyaculación del hombre, y luego continuar con el coito cuando su erección regrese. Esta estrategia es muy útil con hombres jóvenes, que experimentan erecciones rápidamente después de la eyaculación.
- *Cambiar posiciones.* Si un hombre quiere retrasar la eyaculación, puede ganar algo de control acostado sobre su espalda y aumentando la relajación física (Blais y colaboradores, 2006). (Ver páginas 255-256 para variaciones de la posición de la mujer arriba.) Sin embargo, si intenta movimientos pélvicos enérgicos en esta posición, podría resultar contraproducente porque estaría incrementando la tensión muscular al mover tanto su peso como el de su compañera.
- *Hablar uno con el otro.* Para retrasar el clímax, el hombre a menudo encuentra esencial ir más despacio o cesar completamente los movimientos. Necesita decirle a su pareja cuándo reducir o detener la estimulación.
- *Considerar alternativas.* Para minimizar la ansiedad de desempeño sobre la eyaculación rápida (y muchos otros problemas discutidos aquí), conviene pensar que el coito es sólo una de las diferentes opciones del intercambio sexual. ■

La técnica de parar-empezar James Semans, un urólogo, desarrolló la técnica de **parar-empezar** que permite al hombre familiarizarse y por último controlar su reflejo eyaculatorio. La pareja es instruida para estimular el pene, ya sea manual u oralmente, hasta el punto de impedir el orgasmo, tiempo en el que se detiene la estimulación hasta que las sensaciones pre-eyaculatorias disminuyan (Semans, 1956). (El hombre también puede practicar esta técnica consigo mismo durante sesiones masturbatorias [Zilbergeld, 1992].) Estas sesiones duran, generalmente, de 15 a 30 minutos una vez al día, por varios días o semanas. Durante cada sesión la pareja repite la estimulación y el procedimiento parar-empezar varias veces, y después permite que la eyaculación ocurra en el último ciclo. Ambos compañeros deberán llegar a un acuerdo sobre la estimulación sexual y el orgasmo para la pareja del hombre. Si los dos desean, pueden tener actividad sexual no coital.

Conforme el control eyaculatorio mejora, la pareja progresa al coito. Para las parejas heterosexuales, la mejor posición es la mujer arriba, sentada. El primer paso es que el hombre guíe su pene a la vagina y permanezcan acostados tranquilamente por varios segundos antes de empezar con movimientos lentos. Cuando él empieza a sentirse cerca del orgasmo, de nuevo permanecen acostados tranquilamente. Esta técnica coital de parar-empezar se continúa conforme el hombre experimenta progresivamente mejor control eyaculatorio.

Tratamientos médicos Pequeñas dosis de ciertos medicamentos usualmente prescritos para la depresión pueden ayudar a los hombres a retardar la eyaculación. Uno de los efectos colaterales de estos medicamentos es suprimir el orgasmo en hombres y mujeres, lo cual es a menudo benéfico para tratar la eyaculación rápida (Kim y Seo, 1998; Polonsky, 2000). Otros fármacos están bajo estudio, incluyendo la dapoxetina, que ha sido desarrollada específicamente para tal tratamiento (Broderick, 2006; McVary y colaboradores, 2006).

Tratando la disfunción eréctil

Además de las dificultades de la erección por causas físicas, la ansiedad del desempeño es una de las principales fuentes de disfunción eréctil. Por lo tanto, la mayor parte de la terapia sexual se concentra en reducir o eliminar la ansiedad. Inicialmente una

Técnica de parar-empezar (*stop-start*)

Técnica de tratamiento para la eyaculación precoz que consiste en estimular el pene hasta el punto de impedir el orgasmo y entonces parar hasta que las sensaciones pre-eyaculatorias disminuyan.

pareja usa los ejercicios de placereado, entendiendo que en este punto el tocamiento no está destinado a causar una erección, eyaculación o coito, sino a enfocarse en y disfrutar el tocamiento sin otra meta. El siguiente comentario muestra una reacción común al ejercicio:

Cuando el terapeuta nos dijo que el coito estaba prohibido, por el momento no pude creer lo aliviado que me sentía. Si no se me paraba, ¿qué?. Después de todo, se me dijo no usarlo aunque lo consiguiera. Las primeras veces de tocar y ser tocado por mi esposa fueron los primeros momentos de placer sin presión que había experimentado en años. (Archivo de los autores.)

Si una pareja lo desea, puede ponerse de acuerdo en avanzar para tener un orgasmo al cerrar una sesión con cualquier forma de estimulación, diferente al coito, que resulte cómoda para ambos sujetos (autoestimulación, ser tocado por la pareja, estimulación oral, etc.). Cuando la pareja ha progresado al punto en el que ambos miembros se sienten cómodos con el placereado, exploran qué tipo de estimulación genital, diferente al coito, es particularmente placentera para el hombre. Cuando éste experimenta una erección completa, su pareja debe interrumpir lo que le excitó. Es crucial que permitan que esta erección disminuya en este punto para modificar la creencia en el hombre de que una vez que perdió su erección, no regresará. Ya que el pene esté completamente flácido, la pareja del varón retoma la estimulación genital.

La fase final del tratamiento para parejas heterosexuales que desean una relación sexual involucra la penetración y el coito. Con el hombre sobre su espalda y la mujer a horcajadas, la pareja empieza con placereado y después sigue con estimulación genital. Cuando el hombre tiene una erección, su pareja se baja suavemente sobre el pene, manteniendo la estimulación con movimientos pélvicos suaves. Es importante permitir que el hombre sea “egoísta” y se concentre exclusivamente en su placer (Kaplan, 1974). Ocasionalmente un hombre pierde su erección durante la penetración. Si esto sucede, su pareja regresa a la estimulación oral o manual que la produjo originalmente. Si la respuesta continúa bloqueada, es prudente detener el tocamiento genital y regresar a la estimulación original no demandante de placereado antes de avanzar de nuevo.

Tratamientos médicos Algunos hombres que tienen dañado el funcionamiento eréctil como resultado de problemas fisiológicos hacen un ajuste satisfactorio a la ausencia de erección enfatizando y disfrutando otras formas del compartir sexual. Varios tipos de tratamientos médicos están disponibles para los hombres con dificultades de erección. Viagra, una pastilla para problemas eréctiles, estuvo disponible en 1998. Originalmente desarrollado para enfermedades cardiovasculares, se convirtió en el medicamento prescrito más vendido de la historia. Casi 40 000 recetas fueron prescritas en las primeras dos semanas que estuvo a la venta (Holmes, 2003). En 2003 y 2004 la FDA aprobó dos medicamentos similares al Viagra: Levitra y Cialis.

El Viagra, Levitra y Cialis tienen efectos secundarios similares; los más comunes son rubores, dolores de cabeza y congestión nasal (Gotthardt, 2003). Medicamentos para la disfunción eréctil también pueden causar priapismo, en el que una erección no disminuye y puede resultar en daño permanente al tejido del pene a menos de que se obtenga tratamiento médico (Adams, 2003). Un pequeño número de hombres murió después de tomar Viagra (49 por cada millón de recetas), pero la mayoría de los decesos fue atribuido al riesgo preexistente de alta mortalidad por enfermedades cardiovasculares (Mitka, 2000).

Por razones desconocidas, la mitad de las recetas de Viagra nunca es vuelta a surtir (Duenwald, 2003). Esperamos que algunos hombres no vuelvan a surtirlos porque el Viagra los ayudó a ellos y a su pareja a superar obstáculos en la interacción sexual. Para muchas parejas, los medicamentos que mejoran la erección pueden ser fórmulas maravi-

llosas que restauran la intimidad del coito. Estudios muestran una mejoría significativa en las sensaciones del otro miembro de la pareja en su deseo, funcionamiento y satisfacción sexual cuando los hombres utilizan medicamentos para mejorar la erección (Eardley y colaboradores, 2006; Fisher y colaboradores, 2006; McCullough y colaboradores, 2006). Sin embargo, muchos hombres han encontrado que las erecciones firmes son secundarias a una buena relación. En una unión problemática el uso del medicamento puede aclararle a los miembros de la pareja que tienen otros problemas en su relación, lo que puede llevarlos a trabajar para solucionarlos (Cooper, 2006).

El Viagra ha aumentado la conversación general y la conciencia sobre los problemas eréctiles. De hecho, hombres que no tienen esta disfunción utilizan medicamentos para mejorar la erección con el fin de que sea más firme y duradera. El atractivo para los hombres de poder extender las relaciones sexuales más allá de una o más eyaculaciones contribuye al uso recreacional de tales medicamentos (Naughton, 2004). Reportes indican que el Viagra ha emergido entre los estudiantes universitarios como un medicamento para uso recreacional en fiestas y sexo casual. Mezclar Viagra y drogas recreacionales combina erecciones duraderas con un estado mental alterado en el que personas heterosexuales y gays a menudo realizan conductas sexuales de alto riesgo que de otra manera hubieran evitado (Adams, 2003).

Antes del Viagra, un tratamiento común para la ED era la inyección de un medicamento vasoactivo. Como el impedimento vascular puede ser un factor en la dificultad eréctil, los mismos vasoactivos usados para diagnosticar tal impedimento en la disfunción eréctil pueden usarse para tratamiento (Lewis y Heaton, 2000). Estos medicamentos relajan el músculo liso del cuerpo esponjoso del pene y causan mayor flujo sanguíneo, que resulta en crecimiento y erección. Un médico enseña al hombre a inyectarse el medicamento en los cuerpos cavernosos del pene; la erección, ocurre típicamente a los 4-10 minutos después de la, casi indolora, inyección y dura entre una y cuatro horas. Las complicaciones incluyen entumecimiento del glande, infección, daño al tejido donde se aplicó la inyección y erección prolongada. Efectos a largo plazo aún son desconocidos. Un fármaco insertado en la uretra en un supositorio también está disponible (Simon, 2003).

Dispositivos mecánicos Aparatos que succionan sangre hacia el pene y la retienen ahí durante el coito han estado disponibles desde la mitad de los años 1980 (Korenman y Viosca, 1992). Dispositivos externos de constricción al vacío, que están disponibles bajo receta, consisten en una cámara de vacío, una bomba y bandas de constricción del pene. La cámara de vacío se pone sobre el pene flácido. La bomba crea presión negativa dentro de la cámara y lleva sangre al pene. La banda elástica es colocada en la base del órgano para atrapar la sangre, y la cámara es removida (Levy y colaboradores, 2000).

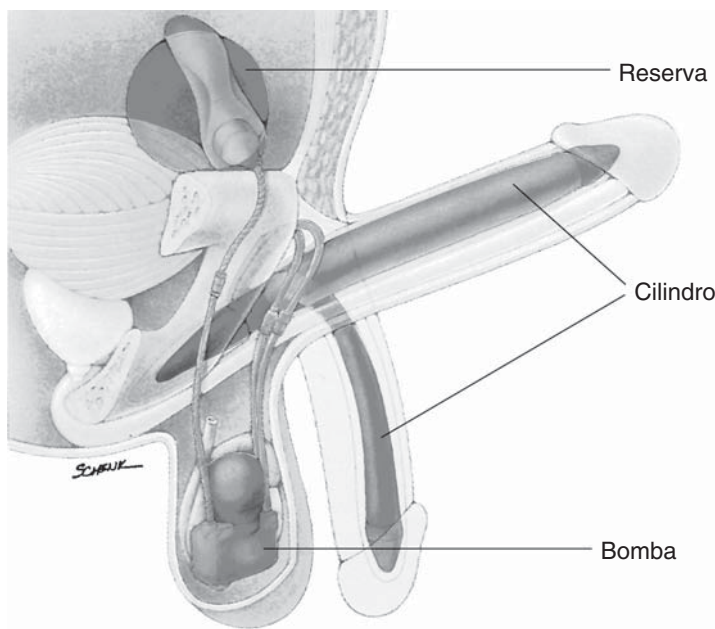
Un nuevo producto sin receta, Rejoyn, es un soporte como manga hecho de una suave goma con calidad médica, donde se coloca el pene flácido o erecto y provee el soporte necesario para el coito. Una cubierta tipo condón lubricada, abierta al final, cubre la manga.

Tratamientos quirúrgicos Una prótesis de pene implantada quirúrgicamente es una opción para hombres que no han sido ayudados por el Viagra y otros métodos (Carson, 2003). La cirugía es cara e involucra riesgos, incluyendo infecciones. Los hombres deben evaluar esta opción cuidadosamente e incluir a su pareja en el asesoramiento pre y posquirúrgico. Hay dos tipos de implantes. Uno consiste en



© Bill Aron/Photo Edit

Los anuncios de Viagra al principio se enfocaban en hombres mayores con disfunción eréctil. Ahora tienden a inclinarse hacia una variedad más amplia de edades, incluyendo a hombres más jóvenes e inclusive a mujeres que usan Viagra para el mejoramiento sexual en lugar de un tratamiento.



➔ **Figura 14.7** Una prótesis de pene inflable.

un par de barras hechas de cables metálicos o bobinas dentro de una cubierta de silicón; las barras son posicionadas dentro de los cuerpos cavernosos del pene. Aunque este tipo es más fácil de implantar que el segundo, una desventaja potencial es que el pene siempre está semi-erecto. La segunda clase de prótesis es un dispositivo inflable que permite que el pene cambie de flácido a erecto (➔ **figura 14.7**). Dos cilindros inflables son implantados en los cuerpos cavernosos del pene. Están conectados a un reservorio lleno de líquido localizado cerca de la vejiga y a una bomba en el saco escrotal. Para obtener una erección, el hombre aprieta la bomba varias veces, y el fluido llena los cilindros colapsados, produciendo la erección. Cuando ésta ya no es deseada, una válvula de liberación causa que el líquido regrese a la reserva.

Ninguno de estos dispositivos puede restaurar la sensación o la habilidad de eyacular si

se ha perdido como resultado de problemas médicos. Además, la cirugía para implantar los equipos puede disminuir las sensaciones. Sin embargo, proveen una alternativa a hombres que quieren restaurar mecánicamente la habilidad para tener erecciones, y la mayoría de los varones que las tienen reportan mejora en la actividad sexual (Richter y colaboradores, 2006).

La revascularización es otra solución quirúrgica para las disfunciones eréctiles e involucra una microcirugía de reparación vascular. La cirugía de revascularización es hecha en muy pocos centros para pacientes cuidadosamente elegidos, y puede restaurar el funcionamiento sexual de algunos hombres (Nash, 1997).

Reduciendo la disfunción orgásmica masculina

La terapia sexual a menudo inicia con unos pocos días de placereado y el hombre no debe tener eyaculación por masturbación o interacción con la pareja. Si ella desea un orgasmo, éste puede conseguirse por cualquier forma que sea cómoda para ambos participantes. El siguiente paso es que el hombre se estimule para alcanzar un orgasmo con su compañera presente. Una vez que ambas personas se sientan cómodas con que el hombre se masturbe, la pareja puede seguir con la siguiente fase, donde la compañera intenta darle un orgasmo con cualquier estimulación que le resulte más excitante. Pueden pasar días antes de que esta estimulación produzca una eyaculación, y es importante que el hombre no eyacule con la masturbación durante este periodo. La mayoría de los terapeutas está de acuerdo en que una vez que el varón logre el orgasmo por el tocamiento de su pareja, se ha alcanzado un paso importante.

Cuando el hombre eyacule constantemente en respuesta a la estimulación de su compañera, la pareja pasa a la fase final del tratamiento, en la que la eyaculación sucede durante la penetración. Después de excitarse por otras vías, la pareja intenta la penetración. Si el varón no eyacula poco tiempo después de ésta, deberá retirarse y realizar otro tipo de estimulación hasta que esté a punto de eyacular, momento en el que retomará la penetración. Una vez que el hombre experimenta varias eyaculaciones durante el coito, el bloqueo mental que normalmente está relacionado con la disfunción eyaculatoria a menudo desaparece. La psicoterapia para entender y resolver problemas más profundos o de la pareja puede ser también necesaria para solucionar la disfunción orgásmica masculina.

Tratando la disfunción del deseo sexual hipoactivo

Muchos aspectos del tratamiento para la disfunción del deseo sexual hipoactivo son parecidos a las sugerencias que se plantean para resolver otros problemas sexuales. Estas incluyen:

- Alentar respuestas eróticas a través de la autoestimulación y fantasías excitantes.
- Reducir la ansiedad con información apropiada y ejercicios de placereado.
- Intensificar las experiencias sexuales a través de mejorar la comunicación y aumentar las habilidades para iniciar la actividad sexual deseada y rechazar la no deseada.
- Aumentar el repertorio de actividades afectivas y sexuales.

La mayoría de los terapeutas combina sugerencias para actividades específicas con terapia de *insight*, que puede ayudar a una persona a entender y resolver cualesquiera conflictos subconscientes acerca del placer sexual y la intimidad. Cuando el bajo deseo sexual es un síntoma de problemas no resueltos en la díada, la terapia se enfoca en las interacciones entre la pareja que contribuyen al bajo deseo sexual (Alperstein, 2000).

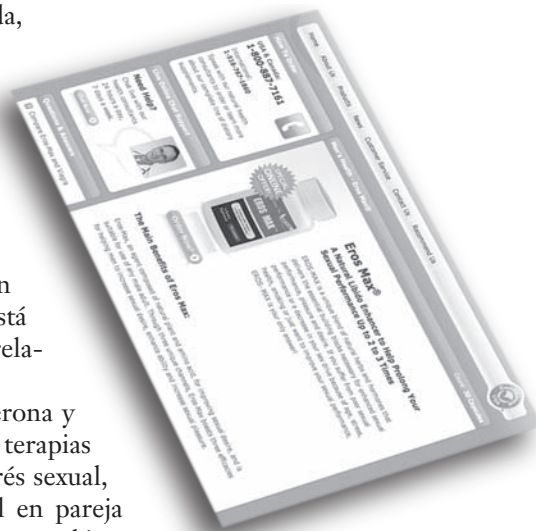
Tratamientos médicos

Hombres con bajos niveles de testosterona a menudo usan suplementos de esta hormona —usualmente un gel transdérmico— para aumentar el deseo sexual (Tomlinson y colaboradores, 2006). La cantidad de recetas de testosterona se ha triplicado en años recientes conforme un creciente número de hombres la está tomando para compensar el decremento normal de la hormona relacionado con la edad (Harvard Health Publications, 2006).

Un análisis de estudios controlados de estrógeno y testosterona y su funcionamiento en mujeres posmenopáusicas encontró que las terapias con ambas sustancias están relacionadas con el aumento del interés sexual, excitación y satisfacción con la masturbación y actividad sexual en pareja (Leventhal-Alexander, 2005). La testosterona también puede aumentar el interés sexual de mujeres posmenopáusicas con niveles debajo de lo normal de esta hormona (Reinberg, 2006; Berga y McCord, 2005). En 2004 la FDA rechazó una solicitud para Intrinsa, un parche de testosterona para mujeres, a pesar de que los estudios mostraban mejora en el deseo y placer (Dennerstein y Goldstein, 2005; Pollitt, 2005). Por eso esta sustancia está disponible para mujeres sólo con receta para uso fuera de lo indicado en la etiqueta (García-Banigan, 2005). Investigaciones acerca de los efectos colaterales, especialmente cáncer y enfermedades del corazón, de la terapia con testosterona para hombres y mujeres continúa con el fin de clarificar sus riesgos y beneficios (Reinberg, 2006; Striecher, 2006; Tamimi y colaboradores, 2006).

Desde el éxito financiero inmediato del Viagra, los intereses comerciales y científicos han buscado una píldora para provocar el interés y respuesta sexual femeninos. La mayoría de las investigaciones acerca de si el Viagra servirá en mujeres, ha dado resultados decepcionantes. Éste puede ser de ayuda para algunas mujeres, pero para cuáles y a qué grado, no está claro (Johnson, 2003). Parte de la dificultad para encontrar una medicina para las mujeres que sea equiparable al Viagra en los hombres es que el conocimiento científico acerca del proceso fisiológico del funcionamiento sexual femenino es bastante limitado (Bechara, y colaboradores, 2003).

Dos productos sin receta que han sido investigados de acuerdo con los estándares de la FDA y publicados en revistas de análisis son Zestra, un aceite aplicado al clítoris y la vulva, y ArginMax, un suplemento nutricional. Se encontró que Zestra aumenta la respuesta sexual, y un estudio de participantes que utilizaban ArginMax informó sensación clitorídea, deseo sexual, lubricación vaginal, frecuencia del orgasmo y satisfacción sexual aumentadas (Ferguson y colaboradores, 2003; Ito y colaboradores, 2001).



Varios tratamientos a base de hierbas que alegan que promueven el funcionamiento sexual —prometiéndole penes más duros o mejores orgasmos— están disponibles sin receta. Estos remedios, que no necesitan aprobación de la FDA, son vendidos en tiendas de abarrotes, farmacias, y expendios de productos de salud, y son comercializados extensamente en la Internet. La publicidad agresiva parece que ha sido efectiva: ventas por suplementos de salud sexuales alcanzaron 150 millones de dólares en 2001. Los supuestos reforzadores sexuales son “fuertes en testimonio pero ligeros en ciencia” (Riscol, 2003, p. 4).

Estudios controlados con placebo inicial de bremelanotide, un inhalante de respuesta rápida que actúa en vías neuronales del cerebro, han mostrado incrementos significativos en el deseo sexual y excitación genital, y reportes de satisfacción sexual (Diamond y colaboradores, 2006). Investigaciones futuras incluirán darle a la mujer la opción de usar bremelanotide en su casa en vez de ir al sitio del experimento. Cremas que contienen alprostadil, prostaglandinas, o el aminoácido L-arginina han mostrado que acrecientan el flujo sanguíneo a los genitales y pueden mejorar la excitación, orgasmo y satisfacción (Gearson, 2003; Gittleman y colaboradores, 2006).

Buscar asistencia profesional

Aunque algunas personas con problemas sexuales mejoran con el tiempo sin ayuda profesional, a veces la terapia es necesaria (De Amicis y colaboradores, 1984). Buscar terapia es a menudo un paso difícil. Un comunidad médica encontró que, cuando se les preguntaba, 33% de los hombres reportaba problemas con eyaculación precoz, 10% dificultad con la erección y 10% bajo interés sexual, pero ninguno había buscado ayuda profesional (Rosenberg y colaboradores, 2006).

¿Qué sucede en la terapia?

Muchas personas son renuentes a ir con un terapeuta sexual, y puede ser de ayuda saber qué esperar. Cada terapeuta trabaja diferente, pero la mayoría sigue ciertos pasos. En la primera cita, el profesional ayuda al cliente (o clientes, si es una pareja) a aclarar el problema y sus sentimientos respecto de éste, y a identificar las metas del paciente en la terapia. Normalmente pregunta cuándo inició el problema, cómo se ha desarrollado con el tiempo, qué es lo que piensa el cliente que lo causó, y cómo ha intentado resolverlo. Éste puede sólo necesitar que el terapeuta le dé información específica que le falta o que le asegure que sus pensamientos, sentimientos, fantasías, deseos y conductas que mejoran la satisfacción personal son normales y no tienen potenciales consecuencias negativas. Al mismo tiempo, algunas personas se pueden beneficiar del permiso de no tener ciertas actividades sexuales que no les gustan.

En las siguientes sesiones (la mayoría de las citas terapéuticas duran una hora semanal), el especialista puede reunir una mayor cantidad de historias sexuales, personales y de relaciones. Es probable que obtenga información acerca de la historia médica y del funcionamiento físico actual con el fin de hacer las referencias necesarias para los siguientes chequeos físicos. Durante estas sesiones el terapeuta también explora si el tipo de vida del cliente conlleva una buena relación emocional y sexual y determina si él o ella tiene problemas de abuso de sustancias o violencia doméstica.

Una vez que el terapeuta y el individuo (o pareja) están más concientes de la naturaleza de la dificultad y han definido las metas de la terapia, el profesional ayuda a que el cliente entienda y supere los obstáculos para alcanzar sus metas conforme las sesiones continúen. A menudo provee información psicoeducativa y da tareas, como masturbación o ejercicios de placereado, para que el cliente los realice como complemento de las sesiones de terapia (Althof, 2006). Los éxitos y dificultades con las tareas son discutidos en las siguientes reuniones. En algunos casos las dificultades emocionales personales o los problemas de pareja están causando el desorden sexual, y varias formas de terapia intensiva son necesarias.

La terapia termina cuando el cliente alcanza sus metas. El terapeuta y el cliente pueden también planear una o más sesiones de seguimiento. A menudo es útil dejarle al paciente un plan para continuar y mantener el progreso.

Seleccionando a un terapeuta

Para seleccionar a un terapeuta, puede preguntarle a su instructor del curso de sexualidad o al profesional de la salud las referencias o contacto con la Asociación Americana de Educadores Sexuales, Terapeutas y Consejeros o con el Consejo Americano



de Sexología (vea la sección de Recursos de la Web al final de este capítulo para enlaces con los sitios web de estas organizaciones). Después de consultar algunos de estos recursos, deberá tener varios terapeutas potenciales entre los cuales escoger. Un profesional que se ha especializado en terapia sexual debe tener como mínimo una maestría y las credenciales de psiquiatra, psicólogo, trabajador social o consejero. Para dar terapia sexual, él o ella debió participar en entrenamiento, supervisión y talleres en este campo profesional. Es recomendable que pregunte acerca del entrenamiento específico y la certificación del terapeuta potencial.

Para determinar si un terapeuta específico cumplirá con sus necesidades, preste atención a cómo se siente hablando con él. La terapia no está destinada a ser una interacción social superficial, y puede ser incómodo discutir preocupaciones sexuales personales. Sin embargo, para que pueda ser útil, debe tener la sensación de que el terapeuta está abierto y deseoso de ayudarlo.

Después de la entrevista inicial puede decidir continuar con ese terapeuta en particular o pedir una referencia para otro más apropiado con su personalidad y necesidades. Si se siente insatisfecho una vez que inició su terapia, discuta sus preocupaciones con su terapeuta. Decidan juntos, si es posible, continuar el tratamiento o la búsqueda de otro. Es mejor continuar con varias sesiones antes de tomar la decisión de cambiar. Ocasionalmente los clientes esperan una cura mágica en vez del trabajo difícil pero gratificante que la terapia exige. ■

Relaciones sexuales no éticas: entre terapeutas y sus clientes

Es totalmente antiético que los terapeutas profesionales tengan relaciones sexuales con sus clientes —durante el tratamiento y aun después de terminado— (Lamb y colaboradores, 2003; Reamer, 2003). Es responsabilidad del profesional establecer límites que aseguren la integridad de la relación terapéutica (Norris y colaboradores, 2003). Las asociaciones de psiquiatría, psicología, trabajo social y los consejeros profesionales tienen códigos de ética que rechazan las relaciones entre psicoterapeutas y sus clientes. Además, algunos estados consideran criminal el comportamiento sexual con pacientes. Sin embargo, la investigación ha encontrado que hasta 3% de terapeutas femeninas y 12% de los masculinos han admitido tener acercamiento sexual con un cliente actual (Berkman y colaboradores, 2000).

El involucramiento entre cliente y terapeuta puede tener efectos negativos en el paciente (Plaut, 1996). Investigaciones han mostrado que mujeres que experimentaron contacto sexual con su terapeuta (incluyendo psicoterapeutas en general, no sólo los sexólogos) sintieron mayor desconfianza y enojo hacia los hombres y terapeutas que el grupo control de mujeres. También experimentaron más síntomas psicológicos y psicosomáticos, incluyendo ira, vergüenza, ansiedad y depresión (Finger, 2000; Regehr y Glancy, 1995). Si en cualquier momento un terapeuta realiza avances sexuales, verbales o físicos hacia usted, tiene el derecho de abandonar y dejar la terapia inmediatamente. Además, sería muy benéfico para otras que pudieran convertirse en víctimas de este tipo de abuso de poder profesional, que reportara el incidente a la instancia respectiva que concede las licencias profesionales para terapeutas (Schoener, 1995). ■



Salud sexual

R E S U M E N

- La salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y sexual.
- La Encuesta Nacional de la Salud y la Vida Social (NHLS) encontró que mucha gente reportó problemas en su vida sexual.
- Los problemas sexuales pueden contribuir a la baja satisfacción de la vida en general.

Dificultades sexuales específicas

- Para que un problema sexual pueda considerarse una disfunción, debe ocurrir en el contexto de una adecuada estimulación física y psicológica.
- La disfunción de deseo sexual hipoactivo (HSDD) se caracteriza por la ausencia o escaso interés sexual antes y durante la experiencia sexual.
- La insatisfacción con la frecuencia de la actividad sexual ocurre cuando las diferencias individuales en el interés sexual producen relaciones angustiantes.
- La disfunción de aversión sexual es un miedo extremo e irracional o incomodidad ante la actividad sexual.
- La disfunción de la excitación genital femenina es una inhibición de la respuesta de vasocongestión; la disfunción de la excitación sexual subjetiva femenina es la carencia de sensaciones de excitación cuando los signos de excitación física están presentes; la mezcla de las disfunciones genital y subjetiva constituyen la disfunción de la excitación sexual combinada.
- La disfunción de la excitación sexual es una excitación genital, espontánea, no deseada y que no se alivia por medio del orgasmo.
- La disfunción eréctil masculina es la incapacidad consistente o recurrente, al menos durante tres meses, para tener o mantener una erección.
- La disfunción orgásmica femenina es la ausencia, retardo marcado o intensidad disminuida del orgasmo pese a una alta excitación subjetiva.
- La disfunción orgásmica situacional femenina ocurre cuando una mujer puede experimentar orgasmo durante la masturbación pero no con una pareja.
- El coito provee la mayoría de las veces estimulación clitorídea indirecta, y para muchas mujeres esta estimulación no es suficiente para tener un orgasmo.
- La disfunción orgásmica masculina es la incapacidad del hombre para eyacular durante la actividad sexual con su pareja.
- La eyaculación precoz ocurre cuando un hombre con frecuencia eyacula rápidamente y es incapaz de controlar la expulsión del semen.
- Ambos, hombres y mujeres, fingen el orgasmo, aunque las mujeres lo hacen más seguido. Fingir a menudo perpetúa patrones inefectivos y reduce la intimidad de la experiencia sexual.

- La dispareunia, o dolor durante el coito, es disruptiva para el interés y la excitación sexual en hombres y mujeres. Numerosos problemas físicos pueden causar coito doloroso. El síndrome de vestibulitis vulvar puede ser una de las causas más comunes de coito doloroso en mujeres.
- La enfermedad de Peyronie, en la que el tejido fibroso y los depósitos de calcio se desarrollan en el pene, puede causar dolor y curvatura del pene durante la erección.
- El vaginismo es una contracción involuntaria de los músculos exteriores vaginales que hace que la penetración en la vagina sea difícil y dolorosa. Muchas mujeres que tienen vaginismo están interesadas en y disfrutan la actividad sexual.

Orígenes de las dificultades sexuales

- Las condiciones fisiológicas pueden ser las causas primarias de los problemas sexuales o estar combinadas con factores psicológicos que ocasionan una disfunción sexual. Es importante identificar o descartar las causas fisiológicas de los problemas sexuales con exámenes médicos.
- Un buen funcionamiento sexual está correlacionado con hábitos saludables, incluyendo una dieta sana, ejercicio, nula o moderada ingesta de alcohol, y no fumar.
- Enfermedades crónicas y sus tratamientos pueden afectar considerablemente la sexualidad. Los padecimientos de los sistemas neurológico, vascular y endocrino pueden impedir el funcionamiento sexual.
- La diabetes causa daño a los nervios y al sistema circulatorio, impidiendo la excitación sexual.
- El cáncer y sus terapias pueden impedir las funciones hormonales, vasculares y neurológicas necesarias para una actividad normal sexual. El cáncer de los sistemas reproductivos a menudo tiene el peor impacto.
- La esclerosis múltiple es una enfermedad neurológica del cerebro y de la médula espinal y suele afectar el interés sexual, la sensación genital, la excitación sexual o la capacidad para el orgasmo.
- Los accidentes cerebrovasculares, o apoplejías, pueden reducir la frecuencia del interés, excitación y actividad sexual de un individuo.
- La mayoría de las personas con daño en la médula espinal permanecen interesadas en el sexo, y más de la mitad experimenta cierto grado de excitación sexual.
- Las personas con parálisis cerebral, la cual se caracteriza por una leve o grave falta de control muscular, suelen necesitar ayuda en la preparación y posicionamiento para tener relaciones sexuales.
- Individuos con ceguera o sordera mejoran su interacción sexual desarrollando una mayor sensibilidad de sus otros sentidos.
- Los medicamentos que pueden impedir el funcionamiento sexual incluyen drogas usadas para tratar la presión sanguínea alta, desórdenes psiquiátricos, depresión y cáncer. El

uso recreacional de drogas (incluyendo barbitúricos, narcóticos y marihuana), alcohol y tabaco llegan a interferir en el interés sexual, excitación y orgasmo.

- La equidad de los papeles de género está asociada con una mayor satisfacción sexual para hombres y mujeres.
- Enfatizar el coito puede aumentar la ansiedad del desempeño y reducir opciones placenteras para hacer el amor.
- Las dificultades sexuales pueden estar relacionadas con factores personales como poco o inadecuado conocimiento sexual, problemas de autoconcepto e imagen corporal o conflictos emocionales.
- Experimentar abuso sexual de niño o asalto sexual de adulto a menudo conlleva problemas sexuales. Como resultado de experiencias de abuso, un sobreviviente a menudo relaciona la actividad sexual con sentimientos negativos y traumáticos.
- Problemas de relación, comunicación inefectiva y miedo al embarazo o a infecciones de transmisión sexual pueden inhibir, a menudo, la satisfacción sexual.
- Una mujer u hombre cuya orientación sexual es homosexual a menudo tendrá dificultad con el interés sexual, excitación y orgasmo en una relación sexual heterosexual.

Bases del mejoramiento sexual y terapia sexual

- Explorar el cuerpo de uno mismo, compartir el conocimiento con un compañero y buena comunicación en pareja son elementos importantes de la terapia.
- El placereado es una parte de la terapia para muchos diferentes problemas sexuales.
- Masturbarse en presencia del otro puede ser una manera excelente para que la pareja indique qué tipo de tocamientos encuentra sexualmente excitantes.
- Los programas de terapia para que las mujeres aprendan a experimentar el orgasmo están basados en actividades progresivas de autoconciencia.
- Las mujeres que desean volverse orgásmicas con una pareja pueden beneficiarse de programas que empiezan con el placereado, exploración genital mutua y caricias genitales no demandantes por parte de su pareja.
- El tratamiento para el vaginismo generalmente involucra promover el aumento de la autoconciencia y la relajación. La inserción de un dedo lubricado (primero el propio y más tarde el de la pareja) en la vagina es un paso importante para superar esta condición. La inserción del pene es la fase final del tratamiento para el vaginismo.
- Una variedad de enfoques puede ayudar a un hombre a aprender a retrasar la eyaculación, y una pareja puede usar la técnica de parar-empezar. Algunos medicamentos anti-depresivos también ayudan a retrasar la eyaculación.
- Un enfoque conductista diseñado para reducir la ansiedad del desempeño es usada para atender la disfunción eréctil psicológica.
- Medicamentos para estimular el flujo sanguíneo al pene son usados ampliamente; cirugía vascular, prótesis del pene, implantes quirúrgicos, bombas de vacío e inyecciones vasoactivas están disponibles si el medicamento no ayuda.
- Un enfoque conductista para la disfunción orgásmica masculina combina autoestimulación, placereado y estimulación manual de la pareja que llevan a la eyaculación.
- Muchas de las técnicas básicas de la terapia sexual son usadas para ayudar con la disfunción del deseo sexual hipoac-

tivo; los sexólogos también incluyen la terapia *insight* y la consejería de parejas.

- La testosterona puede ser de ayuda para hombres y mujeres con bajo deseo sexual pero, por sus posibles nexos con cáncer y enfermedades del corazón, su seguridad no ha sido bien establecida.
- Dos productos que no necesitan receta han mostrado ser de ayuda en investigaciones con el deseo disminuido y excitación de las mujeres; otros productos están siendo estudiados.
- El asesoramiento profesional es a menudo de ayuda y a veces necesario para superar dificultades sexuales, pero pocas personas con problemas lo buscan.
- Un terapeuta habilitado puede proveer información útil, estrategias para resolver problemas y técnicas de terapia sexual.
- No es ético que un terapeuta tenga relaciones sexuales con un cliente, ya sea durante o después del tratamiento.

► Lecturas recomendadas

Berman, Jennifer, and Laura Berman (2001). *For Women Only: A Revolutionary Guide to Overcoming Sexual Dysfunction and Reclaiming Your Sex Life*. Nueva York: Henry Holt. Exhaustivo manual acerca de la excitación sexual femenina y los tratamientos para los problemas sexuales.

Leblum, Sandra, and Raymond Rosen (eds.) (2000). *Principles and Practice of Sex Therapy*. Nueva York: Guilford Press. Un libro actualizado, exhaustivo, confiable, con contribuciones clínicas de líderes en el campo de la terapia sexual.

McCarthy, Barry, and Emily McCarthy (2003). *Rekindling Desire: A Step-by-Step Program to Help Low-Sex and No-Sex Marriages*. Nueva York: Brunner-Routledge. Un programa de 10 pasos para ayudar a parejas a revitalizar la intimidad sexual y emocional en sus relaciones.

Zilbergeld, Bernie (1992). *The New Male Sexuality: A Guide to Sexual Fulfillment*. Nueva York: Bantam. Un excepcionalmente bien escrito e informativo tratamiento de la sexualidad masculina, incluyendo temas como cuestiones de género, funcionamiento sexual, autoconciencia y superación de dificultades.

► Recursos

Impotentes anónimos

Grupo de autoayuda para hombres y sus parejas. Para información acerca de los más de 100 capítulos en Estados Unidos, llame al 1-800-669-1603, o mande una carta con estampilla y su dirección al P.O. Box 410, Bowie, MD 20718.

► Recursos en la Web

Sitio web CengageLearning

Visite www.cengage.com/highered para enlazarse con diversos recursos, como preguntas de repaso, actividades interactivas, vínculos con Internet, ejercicios de pensamiento crítico, foros de discusión y muchos otros servicios. También puede acceder a los sitios desde el Wadsworth Psychology Study Center (<http://psychology.wadsworth.com>) o conectarse directamente a los siguientes sitios:

Nota. Tenga en cuenta que este material es independiente del libro y que las páginas que lo contienen pueden ser modificadas o eliminadas sin previo aviso.

Asociación Americana de Educadores Sexuales, Terapeutas y Consejeros

Este sitio web tiene listas de terapeutas sexuales por todo Estados Unidos que la asociación tiene certificados.

Junta Americana de Sexología

Ofrece listas de terapeutas sexuales que la junta ha certificado.

Dolor Pélvico

Detalles sobre dolor durante el coito o la menstruación son ofrecidos en este sitio.

Consejos de Terapia Sexual

Sitio de autoayuda con información y consejos acerca de problemas sexuales.

¡Pregúntale a Alice!

Refrescante, franco y animado sitio web patrocinado por la Universidad de Columbia. Responde preguntas respecto de preocupaciones sexuales comunes y no comunes con sensibilidad e ingenio. Busca también el foro de salud sexual de ¡Pregúntale a Alice!.

Dr. Ruth

Dr. Ruth Westheimer ofrece una franca discusión en un formato divertido e informativo. Esta página web incluye respuestas a las preguntas de los visitantes.

Información de Viagra

Este sitio de la FDA de Estados Unidos provee a los consumidores información básica del Viagra, incluyendo precauciones de quién no debe tomar este medicamento.



Sitio web de apoyo a la obra en inglés

Visite el sitio web de la obra (*Our Sexuality Book Companion Website*) en

<http://latinoamerica.cengage.com/crooks> y elija la décima edición de este libro. Haga clic en "Apoyo electrónico para el estudiante". Allí encontrará herramientas que le ayudarán a aprovechar al máximo su tiempo de estudio: encuestas de actitud, crucigramas, temas de ensayo, tarjetas mnemotécnicas de los principales conceptos y sus definiciones, un glosario general, preguntas de opción múltiple y falso-verdadero, vínculos con sitios web sobre temas relacionados con cada capítulo, bibliografía general y un examen final. Asimismo, encontrará un vínculo para comprar el acceso a más material suplementario en línea: CengageNow.



CengageNow ¡Exactamente lo que necesita saber AHORA!

Dedique tiempo a lo que necesita dominar, no a la información que ya aprendió. CengageNow es un paquete de recursos electrónicos que le ayudará en su aprendizaje. Realice una prueba preliminar del capítulo, y CengageNow generará un plan personalizado de estudio a partir de sus resultados. El plan identificará los temas que debe repasar y lo dirigirá a los recursos en línea que le servirán para dominarlos. Después efectuará una prueba para determinar los conceptos que ya aprendió y aquellos en los que todavía debe trabajar. Visite el sitio www.cengage.com/login si ya tiene su código de acceso. Si no cuenta con él, siga el vínculo *Buy Now*. Escriba *Our Sexuality* en el campo de título. Elija la décima edición de este libro. Haga clic sobre la opción *CengageNow*. Se desplegará una solicitud de acceso y los precios en dólares americanos.



Biblioteca en línea InfoTrac College Edition

Investigue si su institución cuenta con un convenio de uso de InfoTrac, una de las mejores y más vastas bibliotecas en línea del mundo en el ámbito educativo. Conéctese a www.cengage.com/login para acceder a InfoTrac College Edition, biblioteca de consulta en línea que contiene multitud de revistas, muchas exclusivamente sobre la sexualidad humana: *Archives of Sexual Behavior*; *Archives of Sexual Health Behavior*; *Canadian Journal of Human Sexuality*; *Hispanic Journal of the Behavioral Sciences*; *Journal of Cross-Cultural Psychology*; *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*; *Journal of Sex Research* y *Sex Roles*.

Infecciones de transmisión sexual

“HAY UNA PALABRA QUE A ALGUNOS LES RESULTA MAS DIFICIL PRONUNCIAR QUE SIDA: CONDON.”



Mary Chopin Carpenter

CONCIENCIA
SIDA
NACIONAL

Los condones de látex ayudan a prevenir el contagio del VIH, el virus que ocasiona el sida. Pero debe usarlos de manera adecuada... y eso significa *siempre* que tenga relaciones sexuales, desde el inicio hasta el final. Así pues, aunque le resulte difícil pronunciar la palabra “condones”,

ROMPA EL SILENCIO

verá que es sencillo utilizarlos. Incluso pueden salvarle la vida.

Para más información, llame a la Comisión Nacional contra el Sida (Telsida)

0 1 • 8 0 0 • 7 1 2 • 0 8 8 9

► Infecciones bacterianas

¿Por qué ahora las autoridades sanitarias consideran las infecciones de clamidia como un problema de salud grave?

¿Qué complicaciones puede acarrear la gonorrea?

¿Por qué las autoridades sanitarias de Estados Unidos están preocupadas por la sífilis en el país?

► Infecciones virales

¿Se puede transmitir el virus del herpes si no hay una herida abierta presente?

¿Por qué los profesionales de la salud consideran las verrugas genitales como un problema serio?

¿La hepatitis A y la hepatitis B se pueden transmitir sexualmente? ¿Qué síntomas están relacionados con la hepatitis?

► Infecciones vaginales comunes

¿Cuál es el papel del varón en la transmisión de la vaginosis bacteriana?

¿Qué factores están relacionados con el desarrollo de la candidiasis, y cómo se trata esta infección?

¿Qué tan común es la tricomoniasis y qué posibles complicaciones se relacionan con esta infección?

► Infecciones por ectoparásitos

¿Pueden los piojos púbicos o ladillas transmitirse por otras vías distintas a la interacción sexual?

¿Qué tan contagiosa es la escabiosis o sarna? ¿Cuáles son sus síntomas y cómo se trata?

► Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida)

¿Cómo se transmite el VIH y qué conductas aumentan el riesgo de ser infectado?

¿En qué segmentos de la población se está propagando con mayor rapidez el sida? ¿Ha habido un progreso importante en la búsqueda de un tratamiento eficaz o una cura para esta enfermedad?

► Como prevenir las enfermedades de transmisión sexual

¿Cuáles son algunos de los métodos eficaces para prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS) o para reducir la probabilidad de contraer una?

La posibilidad de contraer una infección de transmisión sexual ha hecho que sea muy cauteloso y selectivo a la hora de elegir con quién me relaciono sexualmente. También hace que cada decisión en una relación sexual sea crítica, y me ha hecho mucho más cuidadoso en las elecciones que hago. (Archivo de los autores.)

Infecciones de transmisión sexual (ITS) Enfermedades que se transmiten por contacto sexual.

En este capítulo abordaremos varias **infecciones de transmisión sexual (ITS)***, es decir, infecciones que pueden transmitirse mediante interacción sexual. En la **tabla 15.1** se resumen las ITS descritas en este capítulo. Algunos de estos padecimientos son curables; otros no. Como veremos, las consecuencias de las ITS —como el deterioro de la salud, el dolor y el malestar, la infertilidad e incluso la muerte— pueden afectar negativamente la calidad de nuestra vida. Se estima que cada año surgen alrededor de 19 millones de nuevos casos en Estados Unidos y que, a nivel global, dicha cifra excede probablemente los 400 millones (Koumans y colaboradores, 2005; Miller, 2006).

Nuestro propósito al incluir un capítulo sobre este tema no es disuadirlo de experimentar el placer de la sexualidad. Lo que deseamos es ayudarlo a tomar buenas decisiones presentándole un panorama realista de lo que son las ITS, cómo reconocerlas, qué se debe hacer para tratarlas y qué medidas se pueden tomar para evitar contraerlas o transmitirlos. Creemos que esta información es especialmente importante para nuestros lectores universitarios por las siguientes razones:

- En Estados Unidos, un elevado porcentaje de las ITS se presenta entre los 15 y 24 años de edad. Se estima que cerca de la mitad de las diagnosticadas anualmente ocurre entre personas menores de 25 años (Adams y Rust, 2006; Loneragan y Hern, 2006).
- Aproximadamente 3 millones de adolescentes (uno de cuatro que han tenido relaciones sexuales) se contagian anualmente de una o más ITS (Adams y Rust, 2006; Miller y colaboradores, 2005).
- Las adolescentes de entre 15 y 19 años tienen las tasas más altas de infecciones de clamidia y gonorrea (ambas ITS potencial y extremadamente dañinas) que cualquier grupo de edad en Estados Unidos (Einwalter y colaboradores, 2005; Loneragan y Hern, 2006). Más de la mitad de todos los casos reportados de clamidia y gonorrea ocurre en jóvenes de entre 15 y 24 años (Koumans y colaboradores, 2005).
- La mayor incidencia de verrugas genitales, una ITS muy común en Norteamérica, se registra en adultos jóvenes de entre 15 y 28 años (Kahn y Hillard, 2006; McPartland y colaboradores, 2005).
- La mayor proporción de casos de sida en Estados Unidos ocurre en personas de entre 20 y menos de 40 años que se infectaron con el VIH en su adolescencia o en su segunda década de vida (Centros para el Control de Enfermedades, 2006a). La mitad de las nuevas infecciones se presenta en menores de 25 años (Adams y Rust, 2006; Nguyen y colaboradores, 2006).

Tal vez se preguntará por qué posponemos nuestra discusión sobre el VIH o sida para más adelante. Ciertamente el sida ha recibido mucha más atención de los medios que cualquiera de las demás infecciones que abordamos en este capítulo. Este énfasis, aunque comprensible por la continua propagación a nivel mundial de esta mortal infección, tiende a opacar el hecho de que muchas otras ITS son considerablemente más frecuentes. Además, muchas de estas ITS, como la clamidia y las verrugas genitales, representan riesgos más importantes para la salud, los cuales están aumentando en proporción a la creciente incidencia de estas infecciones.

* Algunos profesionales de la salud prefieren llamar a estas condiciones *infecciones de transmisión sexual*, o ITS. Los términos ETS e ITS son esencialmente iguales, pero ETS es el término que se usa en Estados Unidos e ITS es el que se maneja internacionalmente.

➔ **TABLA 15.1** Enfermedades de transmisión sexual comunes: transmisión, síntomas y tratamiento

ITS	Transmisión	Síntomas	Tratamiento(s)
Clamidia	- La bacteria <i>Chlamydia trachomatis</i> se transmite mediante contacto sexual. - La infección se puede propagar de una parte a otra del cuerpo mediante los dedos.	Mujeres. Enfermedad pélvica inflamatoria, menstruación interrumpida, dolor pélvico, aumento de temperatura, náuseas, vómito, dolor de cabeza, infertilidad y embarazo ectópico. Hombres. Secreción purulenta por la uretra y ardor al orinar; epididimitis, pesadez e hinchazón dolorosa en la parte inferior del testículo afectado e inflamación del escroto.	Doxiciclina durante siete días, o una dosis de azitromicina.
Gonorrea	La bacteria <i>Neisseria gonorrhoeae</i> se transmite mediante contacto genital-genital, oral-genital, oral-anal o genital-anal.	Mujeres. Secreción amarillenta o verde (por lo general no se detecta); pueden desarrollar enfermedad pélvica inflamatoria. Hombres. Secreción turbia por el pene y ardor al orinar; las complicaciones incluyen hinchazón dolorosa en la parte inferior del testículo afectado e inflamación del escroto.	Terapia combinada consistente en una dosis de ceftriaxona, cefixima, ciprofloxacina, levofloxacina u ofloxacina, más una dosis de azitromicina (o doxiciclina durante siete días).
Uretritis no gonocócica (UNG)	- Es ocasionada principalmente por varias bacterias transmitidas mediante el acto sexual. - Algunas UNG resultan de reacciones alérgicas o de tricomoniasis.	Mujeres. Ligera secreción purulenta por la vagina (por lo general no se detecta). Hombres. Secreción por el pene e irritación al orinar.	Una dosis de azitromicina, o doxiciclina durante siete días.
Sífilis	La bacteria <i>Treponema pallidum</i> se transmite a través de una lesión abierta durante el contacto genital-genital, oral-genital, oral-anal o genital-anal.	Etapas primarias. Chancro indoloro en el sitio donde la bacteria penetró en el cuerpo. Etapas secundarias. El chancro desaparece, pero se presenta una erupción cutánea generalizada. Etapas de latencia. Puede no haber síntomas visibles. Etapas terciarias. Insuficiencia cardíaca, ceguera, alteración mental y más; puede resultar en la muerte.	Penicilina G benzatínica, doxiciclina, eritromicina o ceftriaxona.
Herpes	- El VHS-2 (virus del herpes genital) se transmite principalmente mediante contacto genital-genital, oral-genital, oral-anal o genital-anal. - El VHS-1 (herpes oral) se transmite mediante besos o contacto oral-genital.	- Pequeños granos rojizos y dolorosos aparecen en la región genital o en la boca. - Los granos se convierten en ampollas dolorosas que con el tiempo se revientan y forman ulceraciones húmedas y abiertas.	- No se conoce cura. - Hay varios tratamientos que pueden reducir los síntomas. - El aciclovir, el valaciclovir o el famciclovir orales favorecen la curación y eliminan los granos recurrentes.
Verrugas genitales	El virus del papiloma humano (VPH) se transmite principalmente mediante contacto genital-genital, oral-genital, oral-anal o genital-anal.	- Protuberancias duras y amarillo-grisáceas en áreas de piel seca. - Protuberancias rosadas o rojizas y en forma de coliflor en áreas húmedas.	Congelación, aplicación de agentes tópicos, cauterización, extirpación quirúrgica o evaporación mediante láser de dióxido de carbono.

Continúa...

➔ **TABLA 15.1** Enfermedades de transmisión sexual comunes: transmisión, síntomas y tratamiento

ITS	Transmisión	Síntomas	Tratamiento(s)
Hepatitis viral	- El virus de la hepatitis B se puede transmitir mediante la sangre, el semen, la secreción vaginal y la saliva. - La estimulación del ano en forma manual, oral o con el pene está fuertemente asociada con el contagio de la hepatitis B. - La hepatitis A se transmite por medio del contacto oral-anal, especialmente cuando la boca entra en contacto con materia fecal. - La hepatitis C se transmite mediante el uso de drogas intravenosas y con menos frecuencia mediante productos sanguíneos contaminados, contacto sexual, o directamente de la madre al feto o a través del contacto de la madre con el infante.	Varían desde la ausencia de síntomas o síntomas parecidos a una leve gripe, hasta una afección incapacitante caracterizada por fiebre alta, vómito y dolor abdominal severo.	- No existe un tratamiento específico para las hepatitis A y B. - Reposo en cama y un adecuado consumo de líquidos. - El tratamiento con interferón pegilado y ribavirina puede ser efectivo contra la hepatitis C.
Vaginitis bacteriana	Varios tipos de microorganismos bacterianos se transmiten mediante el coito.	Mujeres. Flujo vaginal grisáceo y con olor a pescado podrido (con una consistencia pastosa). Hombres. Por lo general no hay síntomas.	- Metronidazol (Flagyl) vía oral. - Aplicación intravaginal de metronidazol en gel tópico o de clindamicina en crema.
Candidiasis (infección por hongos)	- El hongo <i>Candida albicans</i> acelera su desarrollo cuando se altera el balance químico normal de la vagina. - Se puede transmitir mediante interacción sexual.	Mujeres. Secreción blanquecina caseosa, irritación de los tejidos vaginales y vulvares. Hombres. Por lo general no hay síntomas, pero se puede presentar comezón o enrojecimiento en el pene y ardor al orinar.	Fluconazol vía oral.
Tricomoniasis	El parásito protozoario <i>Trichomonas vaginalis</i> se transmite generalmente por medio de contacto sexual.	Mujeres. Flujo vaginal blanquecino o amarillento con olor desagradable; vulva sensible e irritada. Hombres. Por lo general no hay síntomas, pero se puede presentar flujo uretral, ganas de orinar con frecuencia o micción dolorosa.	Una dosis de metronidazol (Flagyl) para hombres y mujeres.
Piojos púbicos ("ladillas")	Los piojos púbicos se transmiten mediante contacto corporal o a través de la ropa de vestir o de cama.	- Comezón persistente. - Los piojos son visibles y se pueden localizar en el vello púbico o en otras partes del cuerpo.	Permetrín o piretrín al 1% en loción o crema aplicadas en todas las áreas afectadas.
Escabiosis o sarna	- Altamente contagiosa. - Se puede transmitir mediante contacto físico cercano (sexual y no sexual).	Pequeños granos y una erupción rojiza que producen comezón intensa (especialmente por la noche).	Escabicida tópico aplicado desde el cuello hasta los dedos de los pies.
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida)	- La sangre, el semen y el flujo vaginal son los principales vehículos para la transmisión del VIH (el cual ataca el sistema inmunológico). - Se transmite principalmente por contacto genital-genital, oral-genital, oral-anal o genital-anal, o mediante la compartición de agujas entre usuarios de drogas inyectadas.	- Varía de acuerdo con el tipo de infecciones o cánceres oportunistas que puede padecer un individuo infectado. - Los síntomas comunes incluyen fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso, fatiga crónica, nódulos linfáticos inflamados, diarrea y/o presencia de sangre en las heces fecales, hematomas o sangrado inusuales, sarpullido, dolor de cabeza, tos crónica y una capa blanquecina en la lengua o la garganta	- El tratamiento comienza con una combinación de tres o más medicamentos antirretrovirales (HAART, por sus siglas en inglés) cuando el conteo de linfocitos CD4 es demasiado bajo. - Se pueden requerir tratamientos específicos para las infecciones y tumores oportunistas.

Muchos factores contribuyen a la epidemia de las ITS en Estados Unidos. Mantener una conducta sexual peligrosa, como tener varias parejas sexuales y no usar protección (condón), es una de las principales razones de su alta incidencia. Tal comportamiento impera principalmente durante la adolescencia y la adultez temprana, cuando la incidencia de las ITS es mayor. También se piensa que el aumento en el uso de los anticonceptivos orales ha contribuido a la epidemia (incrementando la vulnerabilidad de las mujeres a algunas ITS y reduciendo el uso del condón, un método anticonceptivo que ofrece protección contra muchas infecciones). La falta de medidas adecuadas de salud pública y el acceso limitado a efectivos sistemas de prevención y tratamiento también contribuyen a esta epidemia creciente. Además, muchos profesionales de la salud en Estados Unidos se muestran reacios a formular preguntas sobre el comportamiento sexual de sus pacientes, con lo cual pierden la oportunidad de brindarles asesoramiento, diagnóstico y tratamiento.

La propagación de las ITS se ve propiciada por el desafortunado hecho de que muchas de estas infecciones no producen síntomas evidentes. En algunos casos, particularmente en las mujeres, no se presenta signo externo alguno. Bajo estas circunstancias, una persona puede infectar a otra sin darse cuenta. Además, los sentimientos de culpa y la vergüenza que frecuentemente se presentan por padecer una ITS a menudo provocan que la persona no busque el tratamiento adecuado o que no informe a sus parejas sexuales. En el recuadro “Cómo decirle a su pareja”, que se encuentra en la página siguiente, exploramos por qué es importante informar a los compañeros sexuales y sugerimos maneras de hacerlo con mayor facilidad.

En las siguientes secciones nos enfocaremos en las ITS más comunes. También proporcionaremos una amplia explicación sobre el sida y el progreso que se está logrando en el tratamiento de esta terrible enfermedad. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) proporcionan periódicamente pautas actualizadas para tratar las ITS. Las pautas más recientes, disponibles en línea (Centros para el Control de Enfermedades, 2006a), son la base para la mayor parte de la información sobre el tratamiento de las infecciones que se abordan en este capítulo.

Si desea más información, le recomendamos que se ponga en contacto con el servicio de salud o clínica de ITS de su comunidad, o que llame a la Línea Directa Nacional para ITS.* Estos servicios pueden responder sus preguntas, enviarle publicaciones gratuitas y, lo más importante, proporcionarle el nombre y el número telefónico de algún médico o clínica pública que trate estos padecimientos de manera gratuita o a un costo mínimo. ■



Salud sexual

➤ Infecciones bacterianas

Una diversidad de ITS son causadas por agentes bacterianos. Comenzaremos esta sección con una explicación sobre la clamidia, una de las más comunes y dañinas de todas las ITS. Las otras infecciones bacterianas que describiremos son la gonorrea, la uretritis no gonocócica y la sífilis. Hablaremos sobre la vaginosis bacteriana, una infección vaginal muy común, en una sección posterior de este capítulo.

Infección de clamidia

La **clamidia** es ocasionada por la *Chlamydia trachomatis*, un microorganismo bacteriano que crece en las células del cuerpo. A este organismo se le identifica como la causa de un grupo diverso de infecciones genitales y es una causa común de ceguera prevenible.



Palabras para consultar en InfoTrac

● Clamidia

Clamidia Infección urogenital ocasionada por la bacteria *Chlamydia trachomatis*.

* La Línea Directa Nacional para Enfermedades de Transmisión Sexual es gratuita y brinda servicio de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, y de 10:00 a.m. a 6:00 p.m. los fines de semana, hora del Pacífico. El número es (800) 227-8922.

Cómo decirle a su pareja

A la mayoría nos resultaría muy difícil hablar con nuestra pareja sobre la posibilidad de haberle transmitido una enfermedad durante la actividad sexual. Debido al estigma relacionado comúnmente con las ITS, puede ser lo suficientemente malo para usted admitir que tiene una de estas enfermedades. La necesidad de decirle a otros que pueden haber sido contagiados por usted suele parecer una tarea descomunal. Quizá tema que tal revelación ponga en peligro una valiosa relación, o tal vez le preocupe que se le considere una persona “sucio”. En relaciones monógamas, podría sentir temor de que al hablarle a su pareja sobre una ITS ponga en peligro la confianza mutua. Sin embargo, a la larga, ocultar una de estas enfermedades implica un riesgo mucho mayor.

Y lo que es más importante, al no revelar su existencia, pone en peligro la salud de su(s) pareja(s). Muchas personas pueden no tener síntomas y por lo tanto quizá no se den cuenta de que han contraído una enfermedad sino hasta que la descubren por sí mismas, tal vez después de haber desarrollado serias complicaciones. Más aún, si un miembro de la pareja sigue sin recibir tratamiento, puede infectar al otro aunque éste ya esté totalmente curado. A diferencia de algunas enfermedades (como el sarampión o la varicela) las ITS no proporcionan inmunidad contra infecciones futuras. Puede contraer una, transmitírsela a su pareja, curarse totalmente y volver a infectarse si su compañero no recibe tratamiento.

Las siguientes sugerencias proporcionan algunas pautas para hablarle a su pareja sobre una ITS. Pero recuerde, son sugerencias que han funcionado para algunas personas; quizá necesite modificarlas para ajustarlas a sus circunstancias particulares. Este delicado asunto requiere una profunda meditación y planeación.

1. Sea honesto. No gana nada minimizando el riesgo potencial relacionado con una ITS. Si le dice a su pareja, “Tengo una leve secreción, pero no es nada importante”, se puede arrepentir. Asegúrese de que ésta entienda la importancia de acudir a una evaluación médica.
2. Incluso si sospecha que su pareja pudo haber sido la fuente de su infección, no gana nada culpándola. En su lugar, simplemente reconozca que tiene la enfermedad y ocúpese de que su pareja reciba la atención médica apropiada.
3. Su actitud puede tener un efecto considerable en la manera en que su pareja reciba la noticia. Si muestra altos niveles de ansiedad, culpa, miedo o disgusto, su compañero podría reflejar estos sentimientos en su respuesta. Trate de presentar los hechos de la manera más clara y tranquila que pueda.
4. Sea sensible ante los sentimientos de su pareja. Esté preparado para reacciones de ira y resentimiento. Son respuestas iniciales comprensibles. Ser comprensivo y mostrar disposición de escuchar sin ponerse a la defensiva pueden ser las mejores tácticas para disipar las respuestas negativas.
5. Tener relaciones sexuales después de enterarse de su condición y antes de obtener constancia médica de que ya no es contagioso resulta evidentemente inapropiado. Explíquelo a su pareja que la abstinencia de relaciones sexuales es crucial para las personas que están recibiendo atención médica para una ITS o cuyas parejas están bajo tratamiento.
6. Los exámenes y los tratamientos médicos para las ITS, cuando son necesarios, pueden ser una carga económica. Ofrecer encargarse de algunos o de todos estos gastos puede ayudar a mantener (o a restablecer) la buena voluntad en su relación.

Incidencia y transmisión

La clamidia es la ITS bacteriana más común en Estados Unidos (Centros para el Control de Enfermedades, 2006b). Se estima que de 3 a 4 millones de estadounidenses desarrollan una infección de clamidia cada año (Loneragan y Hern, 2006). Los adolescentes sexualmente activos, en especial las mujeres, tienen las tasas de infección más altas que cualquier otro grupo de edad (Einwalter y colaboradores, 2005; Loneragan y Hern, 2006).

La clamidia se transmite principalmente mediante contacto sexual vaginal, anal u oral (Centros para el Control de Enfermedades, 2006b). También se puede propagar con los dedos de una parte a otra del cuerpo, por ejemplo, de los genitales a los ojos.

Síntomas y complicaciones

Dos tipos de infecciones genitales de clamidia afectan a las mujeres. La primera de éstas, una infección de la mucosa del tracto reproductivo inferior, toma comúnmente la forma de una inflamación del conducto uretral o de una infección del cérvix. En ambos casos las mujeres experimentan pocos síntomas o ninguno (Centros para el Control de Enfermedades, 2006b; Einwalter y colaboradores, 2005). Cuando llegan a experimentar síntomas, éstos incluyen una leve irritación o comezón en el tejido genital, ardor al orinar y una ligera secreción vaginal.

El segundo tipo de afección genital de clamidia en las mujeres es una infección invasiva del tracto reproductivo superior, conocida como **enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)**. La EPI suele ocurrir cuando la bacteria que ocasiona la clamidia o la gonorrea se extiende del cérvix hacia arriba, infectando la mucosa uterina (*endometritis*), las trompas de Falopio (*salpingitis*) y posiblemente los ovarios y otras estructuras abdominales adyacentes (Crossman, 2006; Miller, 2006). La clamidia representa la mayor parte del millón y medio de casos de EPI que ocurren anualmente en Estados Unidos (Crossman, 2006). Se estima que 40% de las mujeres que no se tratan de clamidia desarrollará EPI (Centros para el Control de Enfermedades, 2006b). Las adolescentes y mujeres de 20 a 25 años tienen las tasas de EPI más altas en Estados Unidos (Feroli y Burstein, 2003; Messner, 2003).

La EPI que resulta de la infección de clamidia a menudo genera varios síntomas, entre los cuales se incluyen alteración en el periodo menstrual, dolor pélvico crónico, dolor en la región lumbar, fiebre, náuseas, vómito y dolor de cabeza. La salpingitis ocasionada por la infección de clamidia es la principal causa prevenible de infertilidad femenina y embarazo ectópico (Bakken y colaboradores, 2006; Miller, 2005). Incluso después de haber tratado adecuadamente la EPI, el tejido cicatrizado que queda en las trompas de Falopio puede provocar esterilidad en algunas pacientes.

A una mujer que ha padecido EPI se le debe alertar sobre el uso del DIU como método anticonceptivo. Un DIU no impide la fecundación (véase el capítulo 10 para una explicación sobre la manera en que éste impide el embarazo); por lo tanto, un pequeño espermatozoide puede alcanzar un área parcialmente bloqueada de una trompa de Falopio con cicatrices y fertilizar un óvulo que, debido a su tamaño mayor, posteriormente se aloja en la trompa con cicatrices. El resultado es un *embarazo ectópico*, un serio peligro para la mujer. La incidencia de este tipo de embarazos en Estados Unidos ha aumentado de manera considerable en las últimas dos décadas, debido en gran medida a un incremento en la ocurrencia de infecciones de clamidia.

En los hombres, la clamidia sin tratar puede dar como resultado *epididimitis* (infección del epidídimo) o uretritis no gonocócica (UNG; infección del conducto uretral que no es ocasionada por la gonorrea) (Centros para el Control de Enfermedades, 2006b; Donovan, 2004). Los síntomas de la epididimitis incluyen una sensación de pesadez en el testículo afectado, inflamación de la piel del escroto y la formación de una pequeña inflamación dura y dolorosa en la parte baja de los testículos. Los síntomas de la UNG incluyen secreción por el pene y ardor al orinar (en una sección posterior sobre el tema se proporcionan más detalles).

Uno de los aspectos más desalentadores de la clamidia es que se presentan pocos síntomas o ninguno en la mayoría de las mujeres y en casi la mitad de los hombres infectados (Centros para el Control de Enfermedades, 2006b). La mayoría de las mujeres y hombres con infecciones rectales de clamidia también manifiestan pocos síntomas o ninguno (Kent y colaboradores, 2005).

Otra complicación asociada con la *Chlamydia trachomatis* es el **tracoma**, una forma crónica y contagiosa de **conjuntivitis** (inflamación de la mucosa que recubre la superficie interna del párpado y la superficie expuesta del globo ocular). El tracoma es la principal causa en el mundo de ceguera prevenible; tiene una mayor prevalencia en Asia y África. La *Chlamydia trachomatis* es una causa común de infecciones en los ojos (conjuntivitis) de los recién nacidos, quienes se pueden infestar al pasar por el canal de parto (Centros para el Control de Enfermedades, 2006b; Einwalter y colaboradores, 2005). Además, muchos bebés de madres infectadas desarrollarán neumonía como consecuencia de la clamidia (Centros para el Control de Enfermedades, 2006b).

Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) Una infección en el útero y en la cavidad pélvica.



Palabras para consultar en InfoTrac

● Enfermedad pélvica inflamatoria



© Western Ophthalmic Hospital/Science Photo Library/
Custom Medical Stock Photo

Conjuntivitis por clamidia en un recién nacido, contraída, de una madre infectada, durante el parto.

Tracoma Una forma crónica y contagiosa de conjuntivitis ocasionada por infecciones de clamidia.

Conjuntivitis Inflamación de la mucosa que recubre la superficie interna del párpado y la superficie expuesta del globo ocular.

La afección en mujeres embarazadas también puede provocar partos prematuros (Centros para el Control de Enfermedades, 2006b). Los CDC recomiendan que a las gestantes se les realice una prueba para descartar o detectar la presencia de clamidia durante su primera visita prenatal.

Tratamiento

Las pautas de los CDC sugieren tratar las infecciones de clamidia sin complicaciones con un régimen de siete días de doxiciclina vía oral o una dosis de un gramo de azitromicina. Todas las parejas sexuales expuestas a la infección deben ser examinadas para descartar o detectar la presencia de otras ITS y recibir tratamiento si es necesario (Centros para el Control de Enfermedades, 2006b; Ebell, 2005).

Para reducir el riesgo de que un infante desarrolle conjuntivitis por clamidia al pasar por el canal de parto de una madre infectada, se aplica pomada de eritromicina o tetraciclina en los ojos de los recién nacidos inmediatamente después del alumbramiento.

Gonorrea

Gonorrea Enfermedad de transmisión sexual que inicialmente provoca inflamación de las mucosas.

La **gonorrea**, también conocida como *blenorragia*, es una ITS ocasionada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae* (también llamada *gonococo*).

Incidencia y transmisión

La gonorrea es la segunda enfermedad infecciosa más reportada en Estados Unidos (Loneragan y Hern, 2006). Los CDC estiman que cada año se reportan cerca de 700 000 nuevos casos (Centros para el Control de Enfermedades, 2006c). En la parte final de la década de 1970 se implementó una intensa campaña de salud pública para reducir las infecciones de gonorrea en Estados Unidos. Estos esfuerzos dieron como resultado un descenso de su incidencia en la población. En 2004 la tasa de gonorrea cayó al nivel más bajo desde que las dependencias federales de salud comenzaron a documentar casos en 1941 (Strobbe, 2005). No obstante, las tasas aún son muy elevadas entre adolescentes y adultos jóvenes, especialmente en comunidades étnicas minoritarias con un estatus socioeconómico bajo (Calvert, 2003; Kuehn, 2005). En contraste con la disminución general de este padecimiento durante las dos últimas décadas en Estados Unidos, la nación más poblada del mundo, China, ha experimentado un marcado resurgimiento de la gonorrea y otras ITS en años recientes, como se explica a continuación.



Palabras para consultar en InfoTrac

- Gonorrea

SEXUALIDAD Y DIVERSIDAD

ITS en China: una epidemia que resurge

La incidencia general de las ITS en China, una nación con más de 1 300 millones de habitantes, es considerablemente menor que en muchos otros países en desarrollo de África y Asia. Sin embargo, esta situación está cambiando debido al rápido aumento de la prevalencia de tales enfermedades en este país. Antes de la fundación de la República Popular China en 1949, la sífilis, la gonorrea y otras ITS tenían una mayor prevalencia (X. Chen y colaboradores, 2000; M. Cohen y colaboradores, 2000). Su propagación en la China prerrevolucionaria fue propiciada por el uso de drogas, el extendido comercio sexual y la pobreza (M. Cohen y colaboradores, 2000). Cuando Mao Tse-tung llegó al poder, su gobierno implementó una campaña masiva para eliminarlas. La estrategia de Mao se llevó a cabo con mano dura, pero tuvo éxito. Para 1964 las ITS estaban prácticamente erradicadas de China (X. Chen y colaboradores, 2000; M. Cohen y colaboradores, 2000). Sin embargo, esta

situación cambió rápidamente cuando el país implementó su política de puertas abiertas en la década de 1980, lo que propició el contacto con el mundo occidental, promovió la rápida migración de personas de áreas rurales a zonas urbanas y provocó cambios en los entornos económicos y socioculturales de la nación.

En las dos últimas décadas ha resurgido el comercio sexual, y los resultados de varios estudios han demostrado que las ITS (incluyendo el VIH y sida) y las conductas que provocan su propagación están aumentando rápidamente en China (Beyrer, 2003; Liu y colaboradores, 2006; Wang y colaboradores, 2005). El primer caso de sida en China se reportó en 1985 (Ammann, 2000). En los años siguientes se registraron casos esporádicos de VIH positivos en un pequeño número de personas que eran en su mayoría extranjeros a quienes se les había otorgado el acceso a China, o chinos que regresaban del exterior. (Ammann, 2000). La rápida propagación del VIH comenzó en 1995, y se estima que a finales de 2001 habían ocurrido de 800 000 a 1 500 000 casos (Choi y colaboradores, 2003b). El Ministerio de Salud de China (2006) estima que cada año ocurren 70 000 nuevos casos de infecciones de VIH en la población del país.

El aspecto crítico del sida en China implica la vulnerabilidad del país a una epidemia generalizada de VIH heterosexual. Datos recientes que demuestran un aumento general en las tasas de ITS —especialmente una alta incidencia de infección de clamidia y la actividad cada vez mayor de trabajadores sexuales en China—, sugieren que las conductas sexuales riesgosas van en aumento. Un estudio reciente y representativo a nivel nacional reveló que 9.3% de los hombres encuestados reportó el uso inconsistente de condón en sus relaciones con trabajadoras sexuales (Parish y colaboradores, 2003). Este patrón de toma de riesgo sexual ha sido documentado en Tailandia y Camboya, donde han ocurrido las peores epidemias de VIH en Asia (Rojanapithayakorn y Hannenberg, 1996; Ryan y colaboradores, 1998). En estos dos países un gran número de hombres que tuvieron relaciones con sus parejas principales y con trabajadoras sexuales sin la protección del condón provocaron explosivas epidemias heterosexuales a lo largo de la década de 1990.

En Tailandia y Camboya se han lanzado campañas gubernamentales de salud pública a nivel nacional para exhortar a los trabajadores sexuales y a sus clientes a usar condón, las cuales han tenido un importante efecto para reducir las tasas de infección de VIH (Beyrer, 2003). Por desgracia, la publicidad y la educación abiertas sobre el uso del condón entre los trabajadores sexuales en China son difíciles debido a que la prostitución sigue siendo ilegal en este país, y la policía y las agencias de seguridad continúan asediando y arrestando a los sexoservidores en lugar de educarlos sobre el uso del condón (Beyrer, 2003). Sólo resta esperar que los funcionarios cambien sus tácticas conforme la cordura de la educación en lugar del asedio sea cada vez más clara. China podría impulsar una campaña nacional efectiva de respuesta al sida similar a la iniciativa exitosa de Tailandia. En la actualidad, el gobierno controla los medios y cada comunidad tiene un funcionario que monitorea los ciclos menstruales como parte de la política china de un solo hijo por familia. Si estos funcionarios se comprometieran a prevenir las infecciones del VIH con el mismo celo que aplican para prevenir los nacimientos no autorizados, podrían reducir considerablemente la propagación de esta enfermedad y ayudarían de manera inconmensurable a impedir una mayor expansión de la epidemia global.

Una nota más positiva es que recientemente se implementó un programa de educación sexual más exhaustivo orientado a personas solteras de 15 a 24 años en un suburbio de Shanghai. La participación en este programa, que incluyó información sobre conductas sexuales más seguras y anticoncepción, estuvo relacionada con un aumento de prácticas sexuales saludables, incluyendo el uso del condón (Wang y colaboradores, 2005). Esperamos que los resultados positivos de este proyecto piloto promuevan el desarrollo de una educación sexual más generalizada en China.

La bacteria *gonococo* se desarrolla en los tejidos mucosos cálidos de los genitales, ano y garganta. Su modo de transmisión es por contacto sexual (genital-genital, oral-genital, oral-anal o genital-anal).

Síntomas y complicaciones

La síntomas de la infección de gonorrea pueden ser más evidentes en los hombres que en las mujeres (Centros para el Control de Enfermedades, 2006c). La mayoría de quienes padecen uretritis gonocócica tienen algunos síntomas que van de moderados a pronunciados. Sin embargo, no es raro que los hombres con este tipo de infección no experimenten síntomas y aun así sean potencialmente contagiosos.



© Lester V. Bergman/corbis

Síntomas tempranos en el varón Por lo general se manifiestan de uno a cinco días después del contacto sexual con una persona infectada. Sin embargo, pueden mostrarse hasta 30 días después del contacto o, en un pequeño número de casos, pueden no manifestarse. Los dos signos más comunes de la infección son una secreción maloliente y turbia del pene (➡ **figura 15.1**) y ardor al orinar. Algunos hombres infectados también tienen nódulos linfáticos inguinales inflamados y sensibles en la ingle. Estos síntomas tempranos a veces desaparecen por sí solos sin tratamiento. Sin embargo, esto no es garantía de que la enfermedad ha sido eliminada por el sistema inmunológico del cuerpo. La bacteria aún suele estar presente y el hombre puede contagiar a una pareja.

➡ **Figura 15.1** Secreción turbia sintomática de la infección de gonorrea.

Complicaciones en el varón Si el hombre continúa sin recibir tratamiento durante dos o tres semanas, la infección puede extenderse hasta el tracto genitourinario. Aquí puede abarcar la próstata, la vejiga, los riñones y los testículos. La mayoría de los hombres que siguen albergando el *gonococo* tienen sólo periódicos recrudecimientos de los síntomas menores de secreción y ardor al orinar. Sin embargo, una minoría experimenta la formación de abscesos en la próstata. Esto puede provocar fiebre, dolor al defecar, dificultad para orinar y malestar general. En aproximadamente uno de cinco hombres que permanecen sin tratamiento por más de un mes, las bacterias descienden por el conducto deferente para infectar una o ambas estructuras epididimiales que están en la parte posterior de cada testículo. En general, sólo un lado se infecta al principio, por lo común el izquierdo. (Los síntomas de la epididimitis se describieron en la explicación sobre la infección de clamidia.) Incluso después del tratamiento correcto, la epididimitis gonocócica deja cicatrices, las cuales pueden bloquear el flujo de esperma en el testículo afectado. En general esta complicación no provoca esterilidad, ya que suele afectar sólo un testículo. Sin embargo, si se sigue sin recibir tratamiento después de ocurrida la epididimitis en un lado, la infección puede extenderse al otro testículo, ocasionando así esterilidad permanente.

Síntomas en la mujer La mayoría de las mujeres afectadas con gonorrea no se da cuenta de los síntomas de esta enfermedad. El principal punto de infección, el cérvix, se puede inflamar sin producir ningún signo evidente. Los síntomas que pueden ocurrir incluyen dolor o ardor al orinar y/o un aumento en la secreción vaginal. Sin embargo, como la secreción raramente es profusa, por lo general pasa desapercibida. Una mujer que es consciente de sus secreciones vaginales tiene más probabilidades de notar la infección durante estas primeras etapas. En ocasiones la secreción irrita las mucosas vulvares. Sin embargo, cuando una mujer busca atención médica por una secreción irritante, su médico podría no considerar la gonorrea porque muchos otros organismos infecciosos producen estos síntomas. Además, muchas mujeres que tienen gonorrea también padecen tricomoniasis (la cual se explicará más adelante en este capítulo) y esta condición puede ocultar la presencia de gonorrea. Por consi-

guiente, es esencial que cualquier mujer que sospeche que la tiene se asegure de que le hagan la prueba de la enfermedad al acudir al examen médico. (Un Papanicolaou *no* es una prueba de gonorrea.)

Complicaciones en la mujer Surgen serias complicaciones como resultado de la expansión de esta enfermedad al tracto reproductivo superior, donde a menudo causa EPI (Centros para el Control de Enfermedades, 2006c). Los síntomas de la EPI, analizados en la sección sobre infección de clamidia, a menudo son más severos cuando el organismo infeccioso es un gonococo y no la *Chlamydia trachomatis*. La esterilidad y el embarazo ectópico son severas consecuencias que ocasionalmente se asocian a la EPI gonocócica. Otra seria complicación que resulta de la EPI es el desarrollo de duras franjas de adherencias de tejido cicatrizado que pueden ligar entre sí varias estructuras de la cavidad pélvica (trompas de Falopio, ovarios, útero, etc.) a las paredes abdominales, o ambas. Estas adherencias causan dolor intenso durante las relaciones sexuales o cuando la mujer está parada o caminando.

Otras complicaciones en ambos sexos En cerca de 2% de los hombres y mujeres con gonorrea, la bacteria penetra al flujo sanguíneo y se disemina por todo el cuerpo para producir varios síntomas, incluyendo escalofríos, fiebre, pérdida del apetito, lesiones en la piel y dolor artrítico en las articulaciones (Calvert, 2003). Si se desarrollan síntomas de artritis, es esencial un rápido tratamiento para evitar daño permanente en las articulaciones. En raros casos el *gonococo* puede invadir el corazón, el hígado, la médula espinal y el cerebro.

Un infante puede desarrollar una infección ocular gonocócica, la cual llega a provocar ceguera al pasar por el canal de parto de una madre infectada (Meyers, 2005). El uso de gotas oftálmicas de nitrato de plata o una pomada oftálmica antibiótica inmediatamente después del nacimiento evita esta potencial complicación. En raros casos los adultos han transmitido la bacteria a sus propios ojos tocándose esta región inmediatamente después de manipular sus genitales (razón por la cual es importante lavarse las manos con agua y jabón después de un autoexamen). ■

El contacto oral con genitales infestados puede provocar infección en la garganta (Centros para el Control de Enfermedades, 2006c). Aunque esta forma de gonorrea ocasiona dolor de garganta, la mayoría de las personas no experimenta síntomas. La gonorrea rectal se puede adquirir mediante relaciones sexuales anales, o en el caso de las mujeres, por transmisión de la bacteria de la vagina al orificio anal mediante el flujo menstrual o la secreción vaginal. La gonorrea rectal a menudo es asintomática, particularmente en las mujeres, pero podría provocar comezón, sangrado, secreción rectal y dolor al defecar.

Tratamiento

Como la gonorrea a menudo se confunde con otros padecimientos, es importante hacer el diagnóstico correcto. Puesto que suele ocurrir simultáneamente con infecciones de clamidia coexistentes, los profesionales de la salud con frecuencia usan una estrategia de tratamiento que es efectiva contra ambas enfermedades (Centros para el Control de Enfermedades, 2006c). Antes de 1976 la gonorrea se podía tratar de manera efectiva con penicilina o tetraciclina. Sin embargo, a partir de ese año comenzaron a surgir variedades de gonococos resistentes a estos dos medicamentos (Bauer y colaboradores, 2005). En consecuencia, para su tratamiento se sugiere el uso de fármacos efectivos contra las variedades tanto resistentes como las no resistentes. El régimen de tratamiento actual recomendado por los CDC incluye la terapia combinada de una sola dosis de ceftriaxona, cefixima, ciprofloxacina, levofloxacina u ofloxacina, más una dosis de azitromicina (o doxiciclina durante siete días).

En años recientes se ha registrado un alarmante aumento a nivel mundial de variedades de gonorrea resistentes a las fluoroquinolonas (ciprofloxacina, levofloxacina u ofloxacina) (Bauer y colaboradores, 2005). En Estados Unidos, un número despro-



Salud sexual

porcionado de estos casos resistentes a las fluoroquinolonas ha ocurrido en California y Hawai, y entre hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) (Kuehn, 2005). En consecuencia, los CDC han recomendado que no se siga usando esta clase de antibióticos para tratar los casos de gonorrea en hombres que tienen sexo con otros hombres o en California o Hawai.

Es muy común que las parejas sexuales de individuos infectados también hayan contraído la gonorrea. Por consiguiente, todas las parejas sexuales expuestas a una persona a la que se le haya diagnosticado esta ITS deben ser examinadas, informadas y, si es necesario, tratadas con un régimen de medicamentos que cubra tanto las infecciones de clamidia como las gonocócicas (Centros para el Control de Enfermedades, 2006c).

Uretritis no gonocócica (UNG) Inflamación del conducto uretral ocasionada por organismos que no son gonococos.

Uretritis no gonocócica

Cualquier inflamación de la uretra que no sea originada por la gonorrea se llama **uretritis no gonocócica (UNG)**. Se cree que dos organismos bacterianos microscópicos, la *Chlamydia trachomatis* y la *Mycoplasma genitalium*, son los principales causantes de la UNG (Bradshaw y colaboradores, 2006; Handsfield, 2006). También puede ser ocasionada por la invasión de otros agentes infecciosos, reacciones alérgicas a secreciones vaginales o irritación por jabones, anticonceptivos vaginales o desodorantes en aerosol.

Incidencia y transmisión

La UNG es muy común en los hombres: en Estados Unidos se presenta con mucha más frecuencia que la gonorrea. Aunque por lo general sólo en los hombres produce síntomas en el tracto urinario, hay evidencia de que las mujeres son las portadoras de los organismos que pueden ocasionarla. Las formas más comunes de transmisión de la UNG por lo regular ocurren mediante las relaciones sexuales. El hecho de que raramente se presente en hombres que no tienen interacción sexual apoya este argumento.

Síntomas y complicaciones

Los hombres que contraen la UNG suelen manifestar síntomas parecidos a los de la gonorrea, incluyendo secreción por el pene y un ligero ardor al orinar. A menudo la secreción es menos intensa que con la gonorrea; puede ser evidente sólo en la mañana antes de orinar.

Las mujeres que padecen UNG por lo general se dan cuenta de que la tienen sólo hasta que se les informa que a su pareja masculina se le diagnosticó la enfermedad. Con frecuencia no manifiestan síntomas, aunque puede haber ligera comezón, ardor al orinar y una leve secreción vaginal. Una mujer podría tener la enfermedad por un largo tiempo sin saberlo, y durante ese tiempo podría contagiar a sus parejas sexuales.

Los síntomas por lo general desaparecen después de dos o tres meses sin tratamiento. No obstante, la enfermedad aún suele estar presente. Si la mujer no recibe atención, puede presentarse inflamación cervical o EPI; en los hombres puede extenderse a la próstata, al epidídimo o a ambos. En raros casos la UNG provoca alguna forma de artritis.

Tratamiento

Una sola dosis de azitromicina o un régimen de doxiciclina durante siete días por lo general eliminan la UNG. Todas las parejas sexuales de los individuos diagnosticados deben ser examinados para descartar o detectar la presencia de una ITS y recibir tratamiento si es necesario.

Sífilis

La **sífilis** es una ITS ocasionada por una bacteria delgada y helicoidal llamada *Treponema pallidum* (también conocida como *espiroqueta*).

Sífilis Enfermedad de transmisión sexual causada por una bacteria llamada *Treponema pallidum*.

Incidencia y transmisión

Las tasas de sífilis disminuyeron consistentemente en Estados Unidos durante la década de 1990 (Rosen, 2006). De hecho, para finales del siglo pasado su incidencia era tan baja que los CDC anunciaron un ambicioso plan para que en 2005 esta enfermedad quedara erradicada en el país. Por desgracia, los casos del padecimiento han crecido recientemente. La tasa reportada de sífilis en su fase inicial o temprana creció 29% entre 2000 y 2004 (Stobbe, 2005). Este aumento generalizado se atribuyó principalmente a un incremento de HSH (Centros para el Control de Enfermedades, 2006d; Rosen, 2006). Se han reportado brotes de sífilis entre HSH en varios asentamientos urbanos grandes como Chicago, Seattle, San Francisco, Nueva York y Miami. Por ejemplo, las autoridades sanitarias de Chicago reportaron recientemente que los casos de sífilis entre HSH aumentaron al cuádruple (Worcester, 2004). Casi 15% de estos casos se atribuyó al sexo oral (Worcester, 2004). Aunque el riesgo de contagio de sífilis vía sexo oral es mucho menor que mediante sexo vaginal o anal, muchas personas que suponen erróneamente que el sexo oral es un sustituto seguro para el comportamiento sexual altamente peligroso nunca usan condón cuando lo practican.

La *Treponema pallidum* necesita un ambiente cálido y húmedo para sobrevivir. Se transmite casi exclusivamente de lesiones abiertas de individuos infectados a las mucosas o lesiones cutáneas de sus parejas sexuales mediante contacto genital-genital, oral-genital, oral-anal o genital-anal. Una mujer embarazada infectada también puede transmitir la *Treponema pallidum* a su hijo nonato a través del flujo sanguíneo placentario. La infección resultante puede provocar aborto, parto de un bebé muerto o *sífilis congénita*, la cual llega a ocasionar la muerte o un gran daño a los recién nacidos contagiados (Centros para el Control de Enfermedades, 2006d; Donovan, 2004). Si la sífilis se trata de manera adecuada antes del cuarto mes de embarazo, el feto no sufrirá daño. Por lo tanto, las mujeres preñadas deben hacerse una prueba de sífilis durante sus primeros tres meses de gestación. Los CDC recomiendan que todas las mujeres embarazadas se realicen la prueba en su primera visita prenatal.

Síntomas y complicaciones

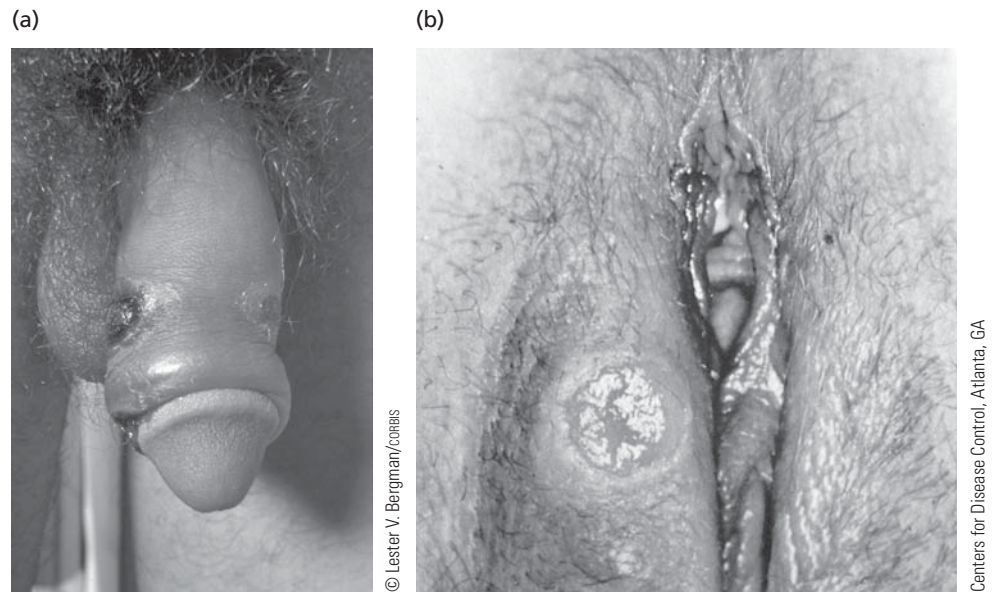
Si no se trata, la sífilis puede avanzar de la etapa primaria a las etapas secundaria, latente y terciaria de desarrollo. A continuación se proporciona una breve descripción de cada etapa.

Sífilis primaria En su etapa inicial o primaria, la sífilis se manifiesta generalmente en la forma de una ulceración indolora llamada **chancro**, la cual suele aparecer alrededor de tres semanas después de la infección inicial en el sitio donde la espiroqueta penetró al cuerpo (véase  **figura 15.2**). En las mujeres esta ulceración suele surgir en las paredes vaginales internas o cérvix. También aparece en los genitales externos, particularmente en los labios vaginales. En los hombres, el chancro se presenta con más frecuencia en el glande, pero también en el tronco o el escroto. Aunque la mayoría de los chancros son genitales, las ulceraciones pueden ocurrir en la boca, el recto, el ano o el pecho. Las personas que han tenido sexo oral con un individuo infectado llegan a desarrollar una ulceración en los labios o en la lengua. El sexo anal puede provocar chancros en el recto o alrededor del ano.

Como el chancro no suele ser doloroso, a menudo no se descubre en estructuras internas como el recto, la vagina o el cérvix. (En pocas ocasiones causa dolor, y puede generarse en varias partes.) Aun cuando descubren el chancro, algunas personas no se atienden. Por desgracia (desde la perspectiva a largo plazo), éste cicatriza sin

Chancro Ulceración rojiza, inflamada e indolora que es sintomática de la primera etapa de la sífilis.

➔ **Figura 15.2** Primera etapa de la sífilis. Chancro sifilítico en (a) el pene y (b) los labios vaginales.

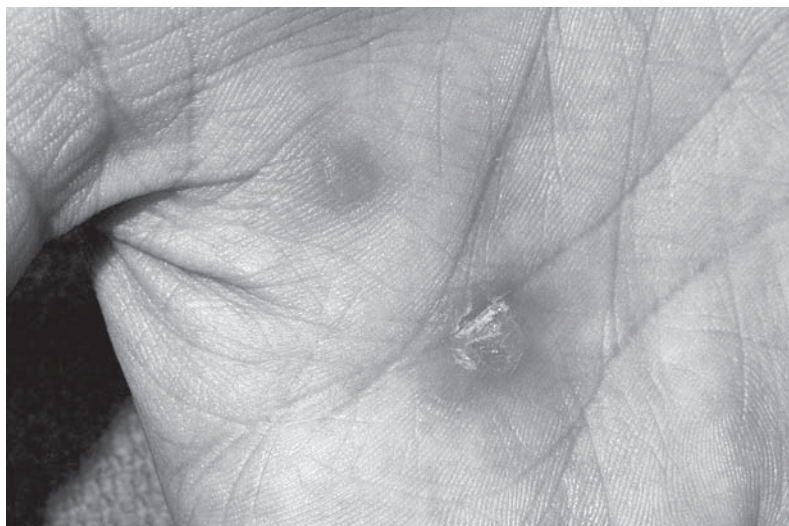


tratamiento de una a seis semanas después de su aparición. Durante las siguientes semanas la persona infectada por lo general no tiene síntomas, pero puede infectar a su pareja. Después de aproximadamente seis semanas (aunque algunas veces pueden ser sólo dos semanas o hasta seis meses), la enfermedad avanza a la etapa secundaria en cerca de 50% de las personas que no se trata la sífilis primaria (Goens y colaboradores, 1994).

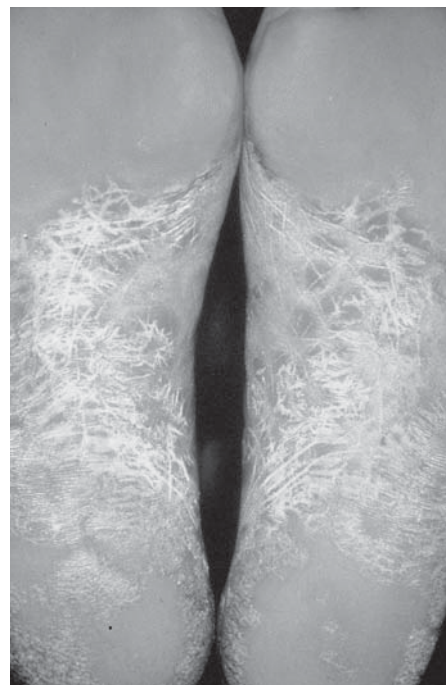
Sífilis secundaria En la etapa secundaria, la cual se presenta generalmente de dos a ocho semanas después de la infección, aparece una erupción cutánea en el cuerpo, a menudo en las palmas de las manos o en las plantas de los pies (véase la ➔ **figura 15.3**). La erupción puede ser apenas visible o severa, con ronchas que tienen una consistencia elástica y dura. Aunque parece terrible, por lo general no duele ni causa comezón. Además de una erupción generalizada, la persona experimenta síntomas parecidos a la gripe, como fiebre, nódulos linfáticos inflamados, fatiga, pérdida de peso y dolor en las articulaciones o en los huesos. Estos síntomas suelen desaparecer a las pocas semanas aun sin recibir tratamiento. Sin embargo, en lugar de ser eliminada, la enfermedad puede entrar entonces en la potencialmente más peligrosa etapa de latencia (Centros para el Control de Enfermedades, 2006d).

Sífilis latente La etapa latente puede durar varios años, tiempo durante el cual suele no haber síntomas evidentes (Centros para el Control de Enfermedades, 2006d). No obstante, los organismos infecciosos continúan multiplicándose, preparándose para la etapa final de la enfermedad. Después de un año de la fase latente, el individuo infectado ya no es contagioso para su pareja sexual. Sin embargo, una mujer embarazada con sífilis en cualquier etapa puede transmitirle la infección a su feto.

Sífilis terciaria Aproximadamente 30% de los individuos que no reciben un tratamiento efectivo durante las primeras tres etapas de la sífilis entra en la fase terciaria posteriormente en su vida (Augenbraun, 2000). Las manifestaciones finales de la sífilis pueden ser severas, y a menudo provocan la muerte. Suelen ocurrir de los cinco a los 25 años después de la infección inicial e incluyen condiciones tales como enfermedad cardiovascular, ceguera, ruptura de los vasos sanguíneos, parálisis, úlceras en la piel, daño hepático y severa alteración mental (Centros para el Control de Enfermedades, 2006d; Osterbauer, 2005). Dependiendo de la magnitud del daño, un tratamiento incluso en esta etapa final es benéfico (Osterbauer, 2005).



(a)



(b)

❶ **Figura 15.3** En la etapa secundaria de la sífilis aparece una erupción cutánea en el cuerpo, a menudo en (a) las palmas de las manos y (b) las plantas de los pies.

Tratamiento

La sífilis primaria, secundaria o latente que dura menos de un año se puede tratar con inyecciones intramusculares de penicilina G benzatínica (Centros para el Control de Enfermedades, 2006d). Las personas que son alérgicas a la penicilina pueden ser tratadas con doxiciclina, eritromicina o ceftriaxona. La sífilis que dura más de un año se combate con inyecciones intramusculares de penicilina G benzatínica una vez a la semana durante tres semanas consecutivas.

Todas las parejas sexuales que han estado expuestas a una persona con sífilis infecciosa deben recibir tratamiento. *Todos* los individuos que han recibido tratamiento para esta enfermedad deben hacerse análisis de sangre cada tres meses después de terminado el protocolo para asegurarse de que están completamente libres del organismo *Treponema pallidum* (Mossad, 2003). ■



Salud sexual

❶ Infecciones virales

Los virus son la causa de varias ITS comunes. Un virus es un organismo que invade, se reproduce y vive dentro de una célula, alterando así la actividad celular normal. La mayoría se transmite por contacto directo con sangre u otros fluidos corporales infectados. Comenzaremos esta explicación con el herpes, la ITS viral más común. Después describiremos las verrugas genitales ocasionadas por una gran variedad de virus que han alcanzado proporciones epidémicas en la población de Estados Unidos. Por último, proporcionaremos información sobre la hepatitis viral. El sida, ocasionado por el VIH, se describirá con detalle más adelante en este capítulo.

Herpes

El **herpes** es causado por el virus *Herpes simplex* (VHS). Ocho distintos virus del herpes afectan a los humanos, siendo el más común el virus varicela zoster (VVZ), que ocasiona la varicela, seguido en frecuencia por el virus *Herpes simplex* tipo 1 (VHS-1) y el virus *Herpes simplex* tipo 2 (VHS-2). En la siguiente discusión enfocaremos

Herpes Enfermedad caracterizada por ampollas en la piel de las regiones genital o bucal. Es ocasionada por el virus *Herpes simplex* y se transmite con facilidad mediante contacto sexual.



nuestra atención en estos dos últimos porque se transmiten extensamente por contacto sexual. El vhs-1 se manifiesta generalmente como lesiones o ulceraciones —llamadas *fuegos* o *herpes labial*— en la boca o en los labios (herpes oral). El vhs-2 suele ocasionar lesiones en o alrededor de las áreas genitales (herpes genital).

Aunque el herpes genital y el oral a menudo se asocian con diferentes virus del herpes, puede ocurrir la transmisión oral-genital. El vhs-1 puede afectar el área genital y, a la inversa, el vhs-2 produce una ulceración en la boca (Engelberg y colaboradores, 2003). Sin embargo, la mayoría de las infecciones de los genitales son de la variedad vhs-2 y la mayoría de las infecciones en la boca son de la variedad vhs-1 (Singh y colaboradores, 2005).

Incidencia y transmisión

Estimaciones recientes indican que más de 100 millones de estadounidenses padecen herpes oral, y que al menos 45 millones (una de cada cinco personas mayores de 12 años) tienen herpes genital (Centros para el Control de Enfermedades, 2006e; Rosen, 2006). Las infecciones de herpes genital en Estados Unidos son más comunes en las mujeres que en los hombres, lo que puede indicar que la transmisión del hombre a la mujer es más probable que en sentido inverso (Centros para el Control de Enfermedades, 2006e).

Al parecer, el herpes genital se transmite principalmente por contacto pene-vagina, oral-genital, genital-anal u oral-anal. El herpes oral se puede contagiar mediante besos o por contacto oral-genital. Una persona que recibe sexo oral de su pareja que tiene herpes en la región bucal puede desarrollar ya sea el tipo 1 o el tipo 2 de herpes genital.

Cuando hay alguna ulceración, la persona infectada es altamente contagiosa. Es muy importante evitar que las lesiones entren en contacto con el cuerpo de alguien más mediante el tocamiento, las relaciones sexuales o los besos.

Aunque anteriormente se pensaba que el herpes sólo se podía contagiar cuando había lesiones, ahora sabemos que se puede transmitir aun cuando no haya síntomas (Centros para el Control de Enfermedades, 2006e). De hecho, las investigaciones indican que es probable que la “diseminación viral” (la emisión del vhs viable en las superficies del cuerpo) ocurra en algún momento en muchas personas infectadas con vhs. Esta diseminación viral asintomática puede provocar la transmisión del virus a pesar de la ausencia de síntomas que sugieran una infección activa.

Las investigaciones han mostrado que los virus del herpes no pasan a través de los condones de látex. Por lo tanto, éstos son seguros para prevenir la transmisión de un hombre cuyas lesiones sólo ocurren en el glande o el tronco del pene. Sin embargo, son útiles pero menos efectivos para prevenir la transmisión de una mujer a un hombre, porque las secreciones vaginales que contienen el virus pueden invadir el área escrotal del varón. No obstante, el uso consistente y correcto del condón minimiza el riesgo de adquirir o de transmitir herpes genital (London, 2006).

¿Qué pueden hacer las personas infectadas para reducir el riesgo de contagiar el virus a una pareja sexual? Obviamente, cuando hay lesiones, deben evitar cualquier tipo de actividad íntima o sexual que exponga el cuerpo de una pareja a la liberación viral del vhs. Sin embargo, como se describió anteriormente, aun cuando no haya ulceraciones u otros síntomas, los individuos infectados están en riesgo de diseminar el virus. En consecuencia, “el sexo sin protección es como una ruleta rusa, pues las personas nunca pueden estar seguras de cuándo son contagiosas” (Stanberry, 2000, p. 268). La mejor estrategia para quienes están infectados o tienen relaciones con una persona infestada es usar el condón de manera consistente y adecuada aun cuando ellos o sus parejas sean asintomáticas.

El individuo infectado también puede propagar el virus de una parte de su cuerpo a otra al tocarse una ulceración y luego rascarse o frotarse en otra parte del cuerpo. Sin embargo, al parecer la autoinfección sólo es posible inmediatamente después de



la aparición inicial de un brote. El cuerpo produce rápidamente anticuerpos que impiden su diseminación en otras partes. No obstante, es conveniente que las personas con herpes se laven muy bien las manos con agua y jabón después de tocarse una ulceración. Es más conveniente que, si es posible, no se la toquen. ■

Síntomas y complicaciones

Los síntomas asociados con las infecciones de vhs-1 y vhs-2 son muy similares.

Síntomas del herpes genital (tipo 2) El periodo de incubación del herpes genital es de dos a 14 días, y los síntomas suelen durar de dos a cuatro semanas (Centros para el Control de Enfermedades, 2006e). Sin embargo, muchos individuos experimentan síntomas mínimos o poco reconocibles (Centros para el Control de Enfermedades, 2006e). Cuando los hay, éstos consisten en una o más pequeñas ampollas rojizas y dolorosas, llamadas *pápulas*, que suelen aparecer en la región genital. En las mujeres las áreas que más se infectan son los labios vaginales. También se puede infectar el monte de Venus, el clítoris, la apertura vaginal, las paredes vaginales internas y el cérvix. En los hombres, las partes que se infectan con más frecuencia son el glande o el tronco del pene. Los hombres y las mujeres que han practicado sexo anal pueden desarrollar erupciones en el ano y alrededor del mismo.

Poco después de su aparición, las pápulas se convierten en pequeñas y dolorosas ampollas llenas de un líquido claro que contiene partículas virales altamente infecciosas. El cuerpo ataca entonces el virus con glóbulos blancos, lo que ocasiona que las ampollas se llenen de pus (➔ **figura 15.4**). Después las ampollas se revientan y forman ulceraciones húmedas y dolorosas rodeadas por un anillo rojizo (los profesionales de la salud llaman a esto *periodo de diseminación viral*). Una persona es altamente contagiosa durante este periodo. Aproximadamente 10 días después de la primera aparición de la pápula, la ulceración forma una costra y comienza a cicatrizar —un proceso que puede durar 10 días o más—. Las ulceraciones en el cérvix pueden continuar produciendo material infeccioso hasta 10 días después de que las ulceraciones en los labios vaginales han cicatrizado por completo. Por lo tanto, es conveniente evitar las relaciones sexuales durante un periodo de 10 días después de que hayan cicatrizado todas las heridas externas.

El herpes genital puede producir otros síntomas, como nódulos linfáticos inguinales inflamados, fiebre, dolores musculares y dolores de cabeza. Además, hay ardor al orinar y las mujeres pueden experimentar un aumento en la secreción vaginal.

? Pensamiento crítico

A muchos individuos con herpes genital que tienen raros brotes de la enfermedad les preocupa ser rechazados por posibles parejas sexuales si revelan su condición. ¿Cree usted que las personas que están pendientes de su estado de salud y toman las debidas precauciones pueden entablar éticamente una relación sexual sin revelar que tienen herpes genital? ¿Por qué sí o por qué no?



(a)



(b)

➔ **Figura 15.4** Ampollas de herpes genital en (a) los labios vaginales y (b) el pene.

Síntomas del herpes oral (tipo 1) El herpes oral se caracteriza por la formación de pápulas en los labios y a veces en la parte interna de la boca, en la lengua y en la garganta. Estas ámpulas tienden a formar costras y a cicatrizar en un periodo de 10 a 16 días. Hay otros síntomas como fiebre, dolores musculares generales, nódulos linfáticos inflamados en el cuello, síntomas parecidos a la gripe, aumento en la salivación y algunas veces sangrado en la boca.

Recurrencia Incluso después de haber sanado completamente, las lesiones reaparecen. Por desgracia, el virus del herpes no desaparece, sino que se aloja en las fibras nerviosas principales del sitio infectado (Colgan y colaboradores, 2003). Por último, el virus del herpes genital encuentra un lugar en las células nerviosas adyacentes a la parte baja de la médula espinal, en tanto que el del herpes oral se aloja en las células nerviosas de la parte posterior del cuello. El virus puede permanecer inactivo en estas células, sin causar daño aparente, tal vez durante el resto de la vida de la persona. Sin embargo, en muchos casos habrá brotes periódicos cuando el virus vuelva a pasar por las fibras nerviosas que van a los genitales o a los labios.

Aunque algunas personas nunca experimentan una recurrencia de herpes después de la infección inicial o primaria, las investigaciones indican que la mayoría de quienes han padecido un episodio primario de herpes genital registran al menos una recurrencia. Los individuos que las sufren pueden padecerlas con frecuencia o de manera ocasional. Los síntomas de los ataques reincidentes tienden a ser más moderados que en los episodios primarios, y la enfermedad tiende a transcurrir con más rapidez (Centros para el Control de Enfermedades, 2006e). Las tasas de recurrencia del herpes genital ocasionado por el vhs-1 son menores que las del ocasionado por el vhs-2 (Engelberg y colaboradores, 2003).

La mayoría de las personas propensas a brotes recurrentes de herpes experimentan algún tipo de **síntomas prodrómicos** que advierten sobre una erupción inminente. Estas señales incluyen comezón, ardor, dolor punzante u hormigueo de agujas y alfileres en las partes infectadas, y en ocasiones dolor en las piernas, los muslos, la ingle o las nalgas. Muchas autoridades sanitarias creen que el grado en que una persona es infecciosa aumenta durante esta etapa y que se incrementa todavía más cuando aparecen las lesiones. Las investigaciones indican que la liberación viral es mucho más común en los días en que hay síntomas prodrómicos que en los días en que no los hay (Krone y colaboradores, 2000). Por lo tanto, la persona debe tener mucho cuidado de evitar el contacto directo desde el momento en que experimenta los síntomas prodrómicos hasta que las ulceraciones han sanado por completo. Incluso durante un brote, puede seguir teniendo relaciones sexuales con una pareja siempre que la piel infectada no entre en contacto con la piel sana. Durante este periodo los miembros de la pareja podrían experimentar con otras variantes de disfrute sensual, como el enfoque sensorial (véase el capítulo 14), los abrazos o la estimulación manual.

Varios factores pueden desencadenar la reactivación del virus del herpes, incluyendo estrés emocional, ansiedad, depresión, alimentos ácidos, rayos ultravioleta, fiebre, menstruación, nutrición deficiente, agotamiento o estar exhausto y tener trauma en la región de la piel afectada (Emmert, 2000; Kirchner y Emmert, 2000). Como los factores desencadenantes varían ampliamente, a menudo es difícil asociar un evento específico con un episodio recurrente de herpes.

Algunas personas no experimentan una reincidencia de herpes genital sino hasta varios años después de la infección inicial. Por lo tanto, si usted cree que ha tenido una relación sexualmente exclusiva y su pareja muestra síntomas o le transmite el virus, eso no significa necesariamente que él o ella haya contraído la enfermedad de alguien más durante el transcurso de su relación. Además, como se dijo anteriormente, muchas personas con infecciones de herpes genital son asintomáticas o tienen síntomas tan leves que a menudo no los reconocen. Así pues, un primer episodio de herpes genital sintomático podría no deberse a un contacto sexual reciente con un sujeto infectado.

Síntomas prodrómicos

Signos que advierten de una inminente erupción por herpes.

Otras complicaciones Aunque las ulceraciones son dolorosas y molestas, es poco probable que los hombres experimenten dificultades físicas importantes por el herpes. En cambio, las mujeres enfrentan dos serias (aunque poco comunes) complicaciones: cáncer cervicouterino e infecciones en los recién nacidos. Hay evidencias de que el riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino es un poco mayor en las mujeres que han tenido herpes genital (Centros para el Control de Enfermedades, 2006e). Sin embargo, el papel del virus es a lo sumo el de un cofactor, no el de un agente causante directo (Centros para el Control de Enfermedades, 2006e). Por fortuna, la gran mayoría de las mujeres infectadas con herpes nunca desarrollará cáncer cervicouterino. No obstante, es recomendable que todas, en especial aquellas que han tenido herpes genital, se practiquen un Papanicolaou cervicouterino cada año. Algunas autoridades recomiendan que las mujeres que lo padecen se practiquen este examen cada seis meses.

Un recién nacido puede infectarse de herpes genital al pasar por el canal de parto, y esa infección puede causar daño severo o la muerte (Centros para el Control de Enfermedades, 2006e; Donoval y colaboradores, 2006). Se cree que la liberación viral del cérvix, la vagina o la vulva juegan un papel primordial en la transmisión de la infección de la madre al hijo durante el parto. La mayoría de los recién nacidos infectados desarrolla ulceraciones de piel típicas (pápulas), las cuales deben cultivarse para confirmar un diagnóstico de herpes. La presencia de ulceraciones por herpes genital cuando el parto es inminente representa un gran riesgo para la transmisión del virus de una madre infectada a su bebé. Para prevenir esta posibilidad, se puede realizar un parto por cesárea; los CDC lo recomiendan para las mujeres en labor que tienen la enfermedad sintomática, especialmente si es el brote inicial de las lesiones por herpes. La cesárea ha sido la terapia estándar durante más de 30 años para mujeres que tienen lesiones por herpes genital al momento del parto (Brown y colaboradores, 2003). Un estudio reciente a gran escala con 58 362 mujeres embarazadas demostró claramente que reduce el riesgo de transmisión del virus-1 o del virus-2 genital de la madre a su hijo durante el parto (Brown y colaboradores, 2003).

Otra complicación seria puede ocurrir cuando una persona se transfiere el virus a un ojo después de tocarse una ulceración que libera el virus. Esto puede provocar una severa infección conocida como *herpes ocular*. La mejor manera de prevenir esta complicación es evitar tocarse las ulceraciones por herpes. Si no puede evitar el contacto, lávese perfectamente las manos con agua caliente y jabón inmediatamente después de tocar las lesiones. Hay tratamientos efectivos para el herpes ocular, pero deben iniciarse rápidamente para evitar daños en el ojo. ■

Muchas personas que tienen episodios recurrentes de herpes padecen angustia psicológica que va de moderada a severa (Centros para el Control de Enfermedades, 2006e; Mills y Mindel, 2003). En vista del malestar físico provocado por la enfermedad, la imprevisibilidad de los episodios reincidentes y la falta de una cura efectiva (véase la siguiente sección), no es de extrañar que las personas que tienen herpes experimenten un alto grado de estrés. Creemos que estar mejor informado acerca del padecimiento puede ayudar a aliviar algunas de estas dificultades emocionales. Además, hablar con una pareja comprensiva puede ayudar a la persona a adaptarse psicológicamente a las infecciones recurrentes de herpes genital. Ciertamente, no es la enfermedad aterradora que muchos piensan. De hecho, muchos individuos han aprendido a enfrentarla de manera adecuada, como lo hizo la persona del siguiente relato:

Cuando descubrí que tenía herpes hace varios años, mi primera reacción fue: "¡Oh, no, mi vida sexual ha terminado!" Estaba realmente deprimido y enojado con la persona que me contagió la infección. Sin embargo, con el tiempo aprendí que podía vivir con la enfermedad, e incluso comencé a tener cierto control sobre ella. Ahora, en las raras ocasiones en que tengo un brote, sé lo que debo hacer para acelerar el proceso de sanación. (Archivo de los autores.)



Salud sexual

Tratamiento

Al momento de escribir estas líneas no se ha encontrado un tratamiento médico efectivo para curar el herpes oral ni el genital. Sin embargo, se están realizando investigaciones médicas en muchos frentes para hallar uno efectivo, con un optimismo creciente. Las estrategias actuales están diseñadas para prevenir brotes o para reducir el malestar y acelerar la sanación durante un brote.

Tres medicamentos antivirales, separados, son muy efectivos en el manejo del herpes. El aciclovir, vendido con el nombre comercial de Zovirax, es el más barato y el más usado. Está disponible en tres presentaciones: tópica (pomada), oral e inyectable. Aunque no se ha demostrado que la pomada sea muy útil, diversos estudios han mostrado que el aciclovir administrado vía oral o intravenosa (inyectado) reduce considerablemente la liberación viral y la duración y severidad de los brotes (Colgan y colaboradores, 2003). El aciclovir oral administrado varias veces al día es un tratamiento médico común para el herpes genital. En general, el inyectado se usa sólo para infecciones severas. Dos nuevos agentes antivirales, el valaciclovir (Valtrex) y el famciclovir (Famvir), suministrados oralmente, han resultado efectivos en el manejo del herpes genital (Mills y Mindel, 2003; Romanowski y colaboradores, 2003b).

Se utilizan dos estrategias de tratamiento antiviral para manejar las infecciones recurrentes de herpes genital. En la *terapia supresora* se toma medicamento diariamente para prevenir brotes recurrentes. El *tratamiento episódico* consiste en tratar con un agente antiviral los brotes de herpes cuando ocurren (Romanowski y colaboradores, 2003b). Se ha demostrado que el tratamiento episódico reduce la duración y gravedad del dolor por las lesiones y el tiempo necesario para la curación total (Romanowski y colaboradores, 2003a). La terapia supresora frecuentemente la reactivación del vhs y el desarrollo de lesiones (Mills y Mindel, 2003; Romanowski y colaboradores, 2003a). En un estudio reciente se compararon las respuestas y preferencias de 225 individuos con un historial de brotes recurrentes de herpes genital. A los participantes se les asignó una terapia supresora de 24 semanas con valaciclovir, seguida de un tratamiento episódico de 24 semanas con el mismo medicamento, o viceversa. Ambas estrategias fueron efectivas. La terapia supresora redujo la frecuencia de las recurrencias en 80% y el tratamiento episódico redujo la gravedad y duración de los brotes. El 72% de los individuos prefirió la terapia supresora sobre la episódica, y “en general, la satisfacción con el tratamiento y la calidad de vida fueron considerablemente mayores durante la terapia supresora” (Romanowski y colaboradores, 2003a, p. 226).

La terapia antiviral supresora disminuye pero no elimina la liberación viral asintomática entre brotes, por lo que limita potencialmente el riesgo de transmisión sexual de infecciones de vhs (Romanowski y colaboradores, 2003b). La reducción en las tasas de transmisión gracias a esta terapia aún no se ha confirmado de manera concluyente. Sin embargo, un estudio reciente reveló que la supresión con valaciclovir redujo 48% el riesgo de transmisión de herpes genital de una persona infectada a su pareja, libre de la infección, en un periodo de ocho meses (Corey y colaboradores, 2004).

La terapia supresora continua con uno de los tres medicamentos antivirales disponibles se recomienda por lo general para personas que experimentan seis o más brotes de herpes genital al año, o para aquellas que tienen recurrencias muy graves (Colgan y colaboradores, 2003).

Otra serie de medidas proporcionan alivio para el malestar provocado por el herpes. Las siguientes sugerencias pueden ser útiles. Debido a que la efectividad de estas medidas varía de una persona a otra, exhortamos a los pacientes a que experimenten con ellas para que encuentren un tratamiento que mejor responda a sus necesidades.

1. Mantener las ampollas limpias y secas disminuirá la posibilidad de infecciones secundarias, reducirá considerablemente el periodo de liberación viral y acortará el tiempo total de sanación. Para la limpieza, es recomendable lavar el área



Salud sexual

con agua caliente y jabón dos o tres veces al día. Después del baño, se debe secar bien el área pasando suavemente una toalla de algodón o con una secadora de pelo que arroje aire fresco. Como la humedad que se genera de manera natural en el área genital puede retardar el proceso de sanación, es recomendable espolvorear maicena o talco en el área recién secada. También se sugiere usar ropa de algodón holgada que no retenga la humedad (la ropa interior de algodón absorbe la humedad, pero la de nailon la retiene).

2. Dos aspirinas cada tres o cuatro horas ayudan a reducir el dolor y la comezón. La aplicación de un anestésico local, como la lidocaína en gel, también reduce las molestias. La aplicación directa de bolsas de hielo en las lesiones proporciona alivio temporal (pero se debe evitar que las lesiones se humedezcan al derretirse el hielo). Poner suficiente talco o maicena en el área afectada también alivia la comezón.
3. Algunas personas sienten un intenso ardor al orinar si la orina entra en contacto con las lesiones por herpes. Estas molestias se pueden reducir rociando agua en los genitales al orinar u orinando en una tina llena de agua. Tomar muchos fluidos también ayuda a diluir el ácido de la orina (pero se deben evitar los líquidos que la hagan más ácida, como el jugo de arándano).
4. Como el estrés ha sido considerado un evento desencadenante del herpes recurrente (Cohen y colaboradores, 1999), es una buena idea tratar de reducir esta influencia negativa. Varias medidas logran atenuarlo, como las técnicas de relajación, yoga o meditación y el asesoramiento sobre formas de manejar las presiones diarias.
5. Si usted es propenso a recaídas continuas de herpes, trate de recordar los eventos que ocurrieron justo antes de un brote (ya sea *a posteriori* o como parte de un registro actual). Podría reconocer eventos desencadenantes comunes, como fatiga, estrés o una excesiva exposición a la luz solar, lo que puede entonces evitar en el futuro. ■

Se están realizando investigaciones sobre vacunas que protejan a la gente de las infecciones de herpes. En un estudio reciente se demostró por primera vez la efectividad de una vacuna contra el herpes genital en humanos. Sin embargo, ésta tuvo un efecto benéfico sólo en un pequeño subgrupo de mujeres de la totalidad del universo en estudio, de casi 3 000 hombres y mujeres, y no fue efectiva en ningún hombre (Stanberry y colaboradores, 2002). Una investigación reciente también sugiere que en el futuro podría haber un microbicida vaginal para reducir el riesgo de infección de VHS (Johnson, 2006). (Más adelante en este capítulo, en el recuadro De actualidad, veremos una explicación sobre los microbicidas vaginales.)

Verrugas genitales

Las **verrugas genitales** son ocasionadas por un agente llamado *virus del papiloma humano* (VPH). La aplicación de tecnología recientemente desarrollada ha permitido la identificación de más de 100 tipos de VPH, de los cuales cerca de la mitad causa infecciones genitales (Centros para el Control de Enfermedades, 2006f).

Incidencia y transmisión

La incidencia de las infecciones de VPH se ha incrementado tan rápidamente en ambos sexos que esta enfermedad ha alcanzado proporciones epidémicas en años recientes. Ahora es una de las ITS más comunes en Norteamérica (Steinbrook, 2006; Kahn y Hillard, 2006). Se estima que al menos 15% de los estadounidenses está infectado y que cada año ocurren más de 6 millones de nuevos casos (Centros para el Control de Enfermedades, 2006f; Steinbrook, 2006). El VPH se transmite principalmente mediante interacción sexual vaginal, anal, oral u oral-genital (Bailey y Cymet, 2006). Incluso

Verrugas genitales

Verrugas virales que aparecen en los genitales y que se transmiten principalmente por contacto sexual.



Palabras para consultar en InfoTrac

● Verrugas genitales

los condones, que reducen considerablemente la transmisión de muchas infecciones bacterianas y virales, están lejos de ser una medida preventiva ideal para el VPH, porque el virus a menudo está presente en la piel que no cubre el condón (Gilbert y colaboradores, 2003). Aunque los preservativos proporcionan alguna protección, no impiden la transmisión de infecciones virales en la vulva, la base del pene, el escroto y ninguna otra área genital que no cubra el látex (Choma, 2003).

Las infecciones de VPH subclínicas o asintomáticas son muy comunes, y la liberación y transmisión del virus puede ocurrir durante periodos asintomáticos de la infección (Centros para el Control de Enfermedades, 2006f; Richardson y colaboradores, 2000). De hecho, el VPH es transmitido con más frecuencia por individuos asintomáticos (Strand y colaboradores, 1997).

Síntomas y complicaciones

La mayoría de las personas que tienen infecciones genitales de VPH no desarrolla síntomas visibles y por lo tanto no se da cuenta de que está infectada (Centros para el Control de Enfermedades, 2006f). Las verrugas visibles, que tienen un periodo de incubación promedio de aproximadamente tres meses, pueden aparecer de tres a ocho meses después del contacto con una persona infectada.

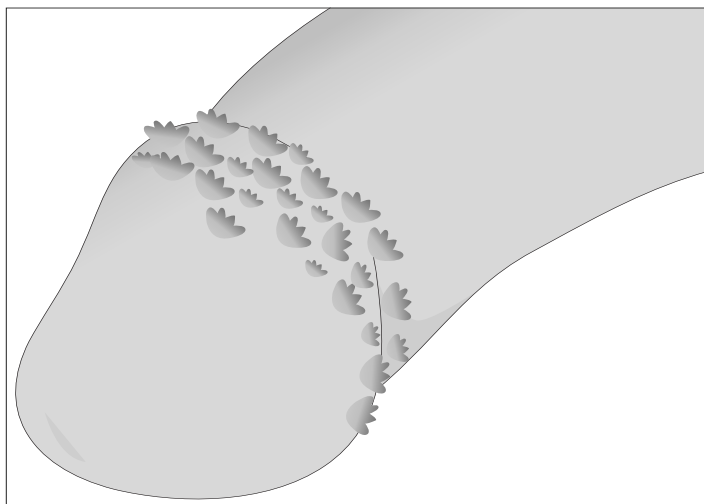
En las mujeres, las verrugas genitales suelen aparecer en la parte inferior de la abertura vaginal. También pueden brotar en el perineo, los labios vaginales, las paredes internas de la vagina y en el cérvix. En los hombres suelen aparecer en el glande, el prepucio o el tronco del pene (➔ **figura 15.5**). Se presentan también en el ano de ambos sexos. En áreas húmedas (como la abertura vaginal y debajo del prepucio), son rosadas o rojizas, suaves y con forma de coliflor. En áreas de piel seca por lo general son duras y amarillo-grisáceas.

Por lo general, un sistema inmunológico saludable elimina el virus, y la mayoría de las personas infectadas pero con una respuesta inmunológica efectiva se volverán VPH-negativos en un periodo de seis a 24 meses después de la prueba positiva inicial. Sin embargo, no está claro si el virus es erradicado o simplemente suprimido a niveles imperceptibles (Choma, 2003; Wright y Schiffman, 2003).

En ocasiones las verrugas genitales provocan serias complicaciones. Pueden invadir la uretra, ocasionando obstrucción urinaria y sangrado. Las investigaciones también han revelado una asociación entre el VPH y los cánceres de cérvix, vagina, vulva, uretra, pene y ano (Brown y colaboradores, 2005; Centros para el Control de Enfermedades, 2006f). Los tipos 6 y 11 del VPH están vinculados con los cánceres de genitales y ano, mientras que los tipos 16 y 18 se asocian más a menudo con el desarrollo de cáncer cervicouterino (Bailey y Cymet, 2006; Kahn y Hillard, 2006). Evidencias recientes indican que las infecciones de VPH representan 85-90% del riesgo

de desarrollar cáncer cervicouterino, que es el segundo cáncer más común diagnosticado en mujeres de todo el mundo y la principal causa de muerte por cáncer en las de países del primer mundo (Kahan y Hillard, 2006). No se sabe si el VPH ocasiona estos cánceres genitales y de cérvix por sí solo o sumado a otros cofactores, como otras infecciones, tabaquismo, inmunodeficiencia, embarazo, el uso de anticonceptivos orales y mala nutrición (Donovan, 2004; Gilbert y colaboradores, 2003). En realidad, actualmente hay poco riesgo de que una mujer infectada desarrolle cáncer cervicouterino, a menos que no se detecte el virus y no reciba tratamiento (Centros para el Control de Enfermedades, 2006f). Esta es la razón

➔ **Figura 15.5** Verrugas genitales en el pene.



© Guillermo Hernández

por la que practicarse un Papanicolaou de manera regular, recibir un tratamiento complementario y dar seguimiento a las lesiones precancerosas son esenciales para evitar que la mayoría de las mujeres desarrolle cáncer cervicouterino (Choma, 2003; Kahn y Hillard, 2006).

Otra rara pero seria complicación del VPH es que las mujeres embarazadas infectadas pueden transmitir el virus a sus bebés durante el parto (Rintala y colaboradores, 2005). Los niños infectados pueden desarrollar una condición conocida como *papilomatosis respiratoria*, que es el resultado de la infección de VPH en sus tractos respiratorios superiores, y tener serias consecuencias que produzcan malestar de por vida y requieran múltiples cirugías.

Tratamiento

No hay un solo tratamiento que sea uniformemente efectivo para eliminar las verrugas o para prevenir su recurrencia (Colegio de Obstetras y Ginecólogos de Estados Unidos, 2005). Las pautas actuales de los CDC sugieren varias estrategias bastante conservadoras que se enfocan en la eliminación de las verrugas visibles. Las más utilizadas incluyen crioterapia (congelamiento) con nitrógeno líquido o el Cryoprobe y aplicación tópica de podofilina, imiquimod en crema o ácido tricloroacético. Para las verrugas grandes o persistentes puede ser necesaria la cauterización con aguja eléctrica, la vaporización mediante láser de dióxido de carbono o la extirpación quirúrgica. Sin embargo, estos tratamientos más radicales pueden ocasionar severos efectos secundarios. Aunque no hay “cura” para las infecciones de VPH, con frecuencia las verrugas genitales desaparecen sin tratamiento (Centros para el Control de Enfermedades, 2006f). En consecuencia, algunas personas adoptan la estrategia de “esperar a ver qué pasa” en lugar de buscar un tratamiento inmediato.

Estudios recientes han demostrado la efectividad de nuevas vacunas contra varios tipos de VPH (Harper y colaboradores, 2004; Mao y colaboradores, 2006; Villa y colaboradores, 2005). Su disponibilidad proporcionará un avance importante en la reducción de los efectos adversos de esta enfermedad en Estados Unidos y en todo el mundo.

En junio de 2006, Merck & Co., desarrollador de una vacuna contra cuatro tipos de VPH responsables de la mayoría de las verrugas genitales y cánceres relacionados, obtuvo la aprobación de la Administración Estadounidense de los Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) para comercializar su producto Gardasil. En el mismo mes, el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización, designado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos, votó de manera unánime que las mujeres de 11 a 26 años deben vacunarse con Gardasil (no se incluyeron mujeres mayores de 26 años en las pruebas clínicas) y que la vacuna debe estar disponible para niñas de hasta nueve años (Tran, 2006).

Por desgracia, la resistencia equivocada de organizaciones políticas y religiosas que se oponen a que se provea una vacuna preventiva contra las ITS a adolescentes y preadolescentes podría impedir que este producto esté a disposición de las mujeres jóvenes de Estados Unidos (Guyan, 2006; Noller, 2006; Pollitt, 2006). Este es otro ejemplo de cómo los grupos activistas politizan los asuntos de salud pública relacionados con el comportamiento sexual sin tomar en cuenta las nefastas consecuencias de sus acciones, en un intento por ejercer un control sobre nuestra sexualidad. Al parecer, las personas que pretenden bloquear el acceso de las jóvenes estadounidenses a una vacuna contra el VPH creen que “el sexo ahora es peor de lo que será el cáncer mañana” (Pollitt, 2006, p. 1). Los grupos que se oponen a una vacuna contra el VPH son los mismos que combaten la venta libre de anticonceptivos de emergencia y la educación sexual integral en escuelas públicas, en la creencia equivocada de que al negar el acceso de los jóvenes a la información sobre sexualidad, protección de la salud y control natal, evitarán que tengan relaciones sexuales antes del matrimonio. ■



Sexo y política



Pensamiento crítico

¿Las entidades gubernamentales deben tener la opción de negar el acceso de las adolescentes a una vacuna contra el VPH? ¿Por qué sí o por qué no? ¿Cuáles son las repercusiones para la sociedad de politizar y tal vez bloquear la posibilidad de prevenir el cáncer cervicouterino?

Hepatitis viral

Enfermedad en la que la función hepática se ve afectada por una infección viral.

Hepatitis viral

La **hepatitis viral** es una enfermedad en la que la función hepática se ve afectada por una infección viral. Hay tres tipos principales: la hepatitis A, la hepatitis B y la hepatitis C. Cada una de estas formas es ocasionada por un virus distinto.

Incidencia y transmisión

La hepatitis A es la forma más común de hepatitis viral en Estados Unidos, seguida en orden de frecuencia por la hepatitis B y la hepatitis C (Centros para el Control de Enfermedades, 2006g). Aunque los tres tipos se pueden transmitir por contacto sexual, los A y B tienen más probabilidades de transmisión sexual que el tipo C. La hepatitis B se contagia con más frecuencia mediante actividad sexual que la hepatitis A. En Estados Unidos, la mayoría de las infecciones de hepatitis B se originan por esta vía (Centros para el Control de Enfermedades, 2006g). La hepatitis A es una infección relativamente común en los hombres jóvenes homosexuales, especialmente en aquellos que tienen varias parejas sexuales y en los que practican el sexo anal (Des Jarlais y colaboradores, 2003). Más aún, tanto la hepatitis A como la B se transmiten a menudo por medio de las agujas que comparten las personas que consumen drogas inyectadas (Centros para el Control de Enfermedades, 2006g; Des Jarlais y colaboradores, 2003).

La hepatitis B se puede contagiar a través de la sangre o de productos sanguíneos, el semen, las secreciones vaginales y la saliva. La transmisión perinatal de madres infectadas a niños que no reciben tratamiento puede ser hasta de 90% (Centros para el Control de Enfermedades, 2005b). Los CDC recomiendan que las embarazadas se hagan la prueba de hepatitis B (Centros para el Control de Enfermedades, 2002g). La estimulación manual, oral o genital del ano está fuertemente relacionada con la propagación de este agente viral. La hepatitis A parece contagiarse principalmente por la ruta fecal-oral. Por consiguiente, las epidemias suelen ocurrir cuando las personas que manipulan alimentos no se lavan las manos adecuadamente después de ir al baño. El contacto sexual oral-anal parece ser un modo predominante de transmisión sexual de hepatitis A (Donovan, 2004).

En tiempos recientes, las autoridades sanitarias de Estados Unidos han puesto mucha atención en el virus de la hepatitis que más daños causa a la salud, la C, que es una enfermedad contagiosa en evolución de proporciones epidémicas (Bacon y colaboradores, 2005; Romanowski y colaboradores, 2003a). En los últimos años, ésta se ha convertido en un problema de salud grave a nivel mundial, y ahora es una de las infecciones virales crónicas más comunes en Norteamérica (Edlin y Carden, 2006). Se calcula que más de 170 millones de personas de todo el mundo tienen hepatitis C crónica —de las cuales, 5 millones están en Estados Unidos— (Edlin y Carden, 2006). Las personas cuyo sistema inmunológico es deficiente son especialmente vulnerables a la hepatitis C. Un estimado de 15 a 30% de individuos infectados con el VIH en Estados Unidos también están infectados con hepatitis C —150 000 a 300 000 personas— (Manns y Wedemeyer, 2004).

Por lo general, la hepatitis C se transmite mediante las agujas con sangre contaminada que comparten las personas que consumen drogas inyectadas (Edlin y Carden, 2006; Hagen y colaboradores, 2006). Otros modos de contagio incluyen transfusión de productos sanguíneos contaminados, contacto sexual y transmisión perinatal de una madre infectada a su feto o bebé (Murray y colaboradores, 2003; Steininger y colaboradores, 2003). Se puede debatir si la transmisión de la hepatitis C mediante relaciones sexuales sin protección es un factor importante en la propagación de la enfermedad, pero hay evidencias de que algunas infecciones de hepatitis C sí se contagian por vía sexual (Centros para el Control de Enfermedades, 2006; Murray y colaboradores, 2003).



Palabras para consultar
en InfoTrac

● Hepatitis C

Síntomas y complicaciones

Los síntomas de la hepatitis varían desde su total ausencia, leves síntomas parecidos a una gripe (poco apetito, malestar estomacal, diarrea, dolor muscular, fatiga, dolor de cabeza) hasta una afección incapacitante caracterizada por fiebre alta, vómito y dolor abdominal grave. Uno de los signos más notables de la hepatitis viral es el tono amarillento de la parte blanca de los ojos; las personas de piel clara puede adoptar un color amarillento o icterico. Sólo en casos graves se requiere hospitalización. Las infecciones crónicas de hepatitis B o C son un factor de riesgo importante para desarrollar cáncer de hígado, uno de los más comunes en el mundo (Bacon y colaboradores, 2005; Centros para el Control de Enfermedades, 2006g). Entre 20 y 25% de las personas afectadas con hepatitis C manifiestan un trastorno progresivo provocado por varias complicaciones, incluyendo cáncer de hígado, cirrosis y trastorno hepático terminal que culmina en insuficiencia hepática (Bacon y colaboradores, 2005; Colgan y colaboradores, 2003).

Tratamiento

No se conoce una terapia específica que sea efectiva contra la hepatitis A. Por lo general, el tratamiento consiste en guardar cama y tomar una cantidad abundante de líquidos para evitar la deshidratación. Generalmente la enfermedad transcurre en unas pocas semanas, aunque la recuperación completa puede tardar varios meses en casos de infección grave. La hepatitis B suele atenderse de la misma manera que la A, y también suele transcurrir en pocas semanas. Sin embargo, en ocasiones la hepatitis B se vuelve crónica y persiste más de seis meses. Estas infecciones crónicas se pueden tratar de manera adecuada con varios medicamentos antivirales, como interferón, lamivudina, entecavir y adefovir dipivoxil (Hoofnagle, 2006).

La hepatitis C presenta un problema más serio para su tratamiento. Entre 75 y 80% de las personas infectadas se vuelven portadoras crónicas con un padecimiento relativamente moderado durante varias décadas, el cual no erosiona de manera importante su salud. Sin embargo, para el 20 o 25% que tiene la enfermedad progresiva, el tratamiento activo es esencial para prevenir graves complicaciones y/o la muerte (Manns y Wedemeyer, 2004; Romanowski y colaboradores, 2003b). Una combinación terapéutica con drogas antiviricas, interferón y ribavirina ha demostrado ser relativamente efectiva en el control de la hepatitis C (Han y colaboradores, 2004; Manns y Wedemeyer, 2004).

Desde 1982 ha habido una vacuna efectiva y segura para prevenir la infección de hepatitis B, y en 1995 la Administración Estadounidense de los Alimentos y Medicamentos aprobó otra efectiva y segura contra la hepatitis A. Por desgracia, no existe una vacuna efectiva para la hepatitis C, aunque se están realizando esfuerzos para desarrollar esta herramienta de prevención (Pancholi y colaboradores, 2003). Las personas en alto riesgo de contraer las hepatitis A o la B deben considerar seriamente inmunizarse. Entre estas personas en alto riesgo se encuentran los trabajadores de la salud que están expuestos a la sangre, los consumidores de droga inyectada y sus parejas sexuales, los hombres homosexuales y bisexuales, las personas heterosexualmente activas con varias parejas sexuales, las parejas sexuales o que cohabitan con personas infectadas con el virus de la hepatitis A o B, las personas con enfermedad hepática crónica y el personal militar que trabaja en condiciones de campo (Centros para el Control de Enfermedades, 2006g; Miller y Graves, 2000). Además, los CDC recomiendan que se inmunice a todos los niños contra la hepatitis B.

▣ Infecciones vaginales comunes

Varios tipos de infecciones vaginales se pueden transmitir mediante interacción sexual, pero las que veremos en esta sección también se adquieren con frecuencia por medios no sexuales. La *vaginitis* y la *leucorrea* son términos generales que se aplican a varias infecciones vaginales caracterizadas por un flujo blancuzco. La secreción también

puede ser amarillenta o verdosa debido a la presencia de pus, y por lo general tiene un olor desagradable. Otros síntomas de la vaginitis son irritación y comezón en el tejido genital, ardor al orinar y dolor alrededor de la abertura vaginal durante las relaciones sexuales.

Las infecciones vaginales son comunes. Prácticamente todas las mujeres experimentan una o más a lo largo de su vida. De hecho, la vaginitis es una de las razones más comunes por las que las mujeres acuden a consulta médica (Calvert, 2003; Karasz y Anderson, 2003). En circunstancias normales, muchos de los organismos que causan infecciones vaginales son relativamente inofensivos. De hecho, algunos viven de manera habitual en la vagina y no causan problemas a menos que algo altere el entorno normal y les permita reproducirse en exceso. Este órgano normalmente alberga bacterias (*Lactobacilos*) que ayudan a mantener un entorno vaginal saludable (Jeavons, 2003). El pH de la vagina suele ser lo suficientemente ácido para impedir la mayoría de las infecciones. Sin embargo, ciertas condiciones pueden alterarlo y volverlo alcalino, lo que hace que una mujer sea vulnerable a una infección. Algunos factores que incrementan esta posibilidad son la terapia con antibióticos, el uso de píldoras anticonceptivas, la menstruación, el embarazo, el uso de pantimedias y ropa interior de nailon y una menor resistencia al estrés o la falta de sueño (Jeavons, 2003; Priestly y colaboradores, 1997). Las duchas vaginales también incrementan el riesgo de infecciones, sobre todo de vaginosis bacteriana (Centros para el Control de Enfermedades, 2006b; Ness y colaboradores, 2003). Las investigaciones también sugieren que la alcalinidad del fluido seminal puede ser un factor que altera el pH vaginal, lo que incrementa la susceptibilidad a infecciones (Priestly y colaboradores, 1997).

La mayoría de las mujeres con vaginitis tienen una infección diagnosticada como vaginosis bacteriana, candidiasis o tricomoniasis. La primera es la más común de estas afecciones.

Vaginosis bacteriana

Infección vaginal causada por microorganismos bacterianos; es la forma más común de vaginitis en las mujeres estadounidenses.

Vaginosis bacteriana

La **vaginosis bacteriana (VB)** se presenta cuando los lactobacilos normales de la vagina son reemplazados por un crecimiento anormal de microorganismos, entre los cuales puede haber bacterias anaeróbicas, *Mycoplasmas* y una bacteria conocida como *Gardnerella vaginalis*.

Incidencia y transmisión

La presencia de niveles moderados de microorganismos bacterianos en el entorno vaginal es normal. Sin embargo, al disminuir los niveles de lactobacilos benéficos, ocurre un aumento excesivo de otros microorganismos vaginales. Esto puede dar como resultado una alta concentración de uno o más agentes bacterianos asociados con la VB (Hudson y Kochan, 2005; Watts y colaboradores, 2005). La VB es la infección vaginal más común en las mujeres estadounidenses (Centros para el Control de Enfermedades, 2006b). Tanto las parejas sexuales masculinas como femeninas de mujeres con VB pueden albergar también los microorganismos infecciosos sin presentar síntomas clínicos (Centros para el Control de Enfermedades, 2006b). Aunque el papel de la transmisión sexual en la VB aún no se entiende por completo, se cree que el coito a menudo proporciona una vía de tránsito para la infección. Ésta ocurre con más frecuencia en mujeres sexualmente activas que en las inactivas (Doskoch, 2005; Feroli y Burstein, 2003). Sin embargo, la VB no se propaga necesariamente por contacto sexual, ya que ha sido diagnosticada en adolescentes y mujeres que no han tenido relaciones sexuales (Coco y Vandenbosche, 2000).

Síntomas y complicaciones

El síntoma más notable de la vaginosis bacteriana en las mujeres es una secreción delgada, fétida y con una consistencia pastosa. La secreción suele ser grisácea, pero

también blanquecina, amarillenta o verdosa. El olor desagradable, que suele detectarlo la pareja sexual de la mujer infectada, por lo general es a pescado o a rancio. Este olor puede ser más notorio después del coito debido a que el flujo seminal alcalino reacciona con la bacteria, ocasionando la liberación de los químicos que producen el olor. Algunas mujeres infectadas experimentan irritación en los tejidos genitales y un leve ardor al orinar. Hay evidencias recientes de un vínculo entre la vaginosis bacteriana, la EPI y efectos adversos en el embarazo, incluyendo la ruptura prematura del saco amniótico y la labor de parto prematuro (Doskoch, 2005; Hampton, 2006). Como se mencionó anteriormente, la mayoría de los hombres son asintomáticos. Sin embargo, algunos varones infectados desarrollan inflamación del prepucio y del glande, **uretritis** (inflamación del conducto uretral) y **cistitis** (infección de la vejiga).

Uretritis Inflamación del conducto uretral.

Cistitis Infección de la vejiga.

Tratamiento

Durante muchos años el tratamiento para la vaginosis bacteriana ha sido el metronidazol (Flagyl) administrado oralmente durante siete días. Sin embargo, según recientes investigaciones, la aplicación intravaginal de metronidazol tópico en gel o clindamicina en crema es tan efectiva como el metronidazol vía oral (Burstein y Murray, 2003; Feroli y Burstein, 2003). Los estudios indican que hay poco o ningún beneficio en tratar a las parejas sexuales masculinas de mujeres diagnosticadas con VB (Centros para el Control de Enfermedades, 2006b). Si es necesario, las parejas sexuales femeninas deben ser evaluadas y recibir tratamiento.

Candidiasis

La **candidiasis**, también conocida como *infección por levaduras*, es causada principalmente por un hongo parecido a la levadura llamado *Candida albicans*.

Candidiasis Infección inflamatoria del tejido vaginal causada por el hongo *Candida albicans*, parecido a la levadura.

Incidencia y transmisión

La candidiasis es la segunda infección vaginal más común en Norteamérica (Bauters y colaboradores, 2002). Se estima que 75% de las mujeres padecerá una infección de este tipo al menos una vez en su vida (Centros para el Control de Enfermedades, 2006i). El organismo microscópico *Candida albicans* está presente de manera normal en la vagina de muchas mujeres; también habita en la boca y en el intestino grueso de un gran número de mujeres y hombres. El estado de enfermedad resulta sólo cuando ciertas condiciones permiten que el hongo se reproduzca excesivamente en la vagina. Este crecimiento acelerado puede ser provocado por el embarazo, el uso de anticonceptivos orales o por la diabetes —condiciones que incrementan la cantidad de azúcar almacenada en las células vaginales— (el *Candida albicans* prospera en la presencia de azúcar) (Centros para el Control de Enfermedades, 2006i; Fink, 2006). Otro factor es el uso de antibióticos orales y geles o cremas espermicidas, los cuales reducen la cantidad de lactobacilos (mencionados anteriormente por su importancia para un entorno vaginal saludable) (Jeavons, 2003). Esta reducción permite que el *Candida albicans* se multiplique con rapidez.

Si el hongo aún no está presente en la vagina de la mujer, puede ser transmitido a esta área de varias maneras. Es transportado desde el ano al limpiarse de atrás hacia delante o en la superficie de una toalla sanitaria, o es transmitido mediante interacción sexual, ya que el organismo puede habitar en varios reservorios del cuerpo del hombre, especialmente debajo del prepucio de un varón no circuncidado (Ringdahl, 2000). También se puede transmitir de la boca de la pareja sexual de una mujer a la vagina de ésta durante el sexo oral (Greer, 1998).

Síntomas

Una mujer con una infección por hongos puede notar que tiene un flujo blanquecino y grumoso parecido al queso *cottage*. Además, la candidiasis a menudo provoca intensa

comezón y dolor en los tejidos vaginales y vulvares, los cuales se tornan rojizos y se resecan (Coco y Vandenbosche, 2000).

Tratamiento

Hay varios tratamientos efectivos para combatir las infecciones por hongos. Las estrategias tradicionales consisten en la aplicación de supositorios vaginales o cremas tópicas, como clotrimazol, butoconazol o terconazol. Ahora hay preparaciones intravaginales de clotrimazol y miconazol, que se venden sin receta para la candidiasis; sin embargo, estos medicamentos sólo se recomiendan para mujeres que ya han recibido diagnóstico y tratamiento, y para aquellas que tienen una recurrencia de síntomas (Coco y Vandenbosche, 2000). Las investigaciones indican que muchas mujeres se autodiagnostican incorrectamente candidiasis vaginal y comienzan un autotratamiento con medicamentos antifúngicos de venta libre (Centros para el Control de Enfermedades, 2006*i*; Jeavons, 2003). Aunque quienes tratan por sí mismas las condiciones que confunden con candidiasis se den cuenta de su error y busquen atención médica, este retraso en el tratamiento puede tener serias consecuencias, sobre todo porque pueden presentarse otras infecciones que requieren varios tratamientos (Ringdahl, 2000).

Hay un medicamento oral, el fluconazol, que ha probado ser efectivo para combatir la candidiasis (Burstein y Murray, 2003). Como el *Candida albicans* es un organismo resistente, el tratamiento debe seguirse en el tiempo prescrito (por lo general de varios días a dos semanas) aun cuando los síntomas desaparezcan en dos días.

Algunos *tips* para ayudar a las mujeres a reducir el riesgo de una infección por hongos son disminuir el consumo de azúcar, agregar yogur o un suplemento diario de *Lactobacillus acidophilus* a su dieta y evitar los lubricantes a base de glicerina que puedan provocar una infección por hongos (Fink, 2006).

Tricomoniasis

La **tricomoniasis** es causada por un parásito protozoario unicelular llamado *Trichomonas vaginalis*.

Incidencia y transmisión

La tricomoniasis es una ITS común tanto en mujeres como en hombres. Cada año ocurren de 7 a 8 millones de nuevos casos en Estados Unidos (Centros para el Control de Enfermedades, 2006*j*). El principal modo de transmisión de esta infección es mediante contacto sexual. Las mujeres pueden adquirirla de hombres infectados vía interacción pene-vagina y de mujeres contagiadas vía contacto vulva-vulva. Sin embargo, por lo general los hombres sólo contraen la enfermedad de mujeres infectadas mediante el coito (Centros para el Control de Enfermedades, 2006*j*).

Síntomas y complicaciones

El síntoma más común de la infección de tricomoniasis en las mujeres es una abundante secreción vaginal espumosa, blanquecina o amarillo-verdosa y con un olor desagradable. La secreción puede irritar los tejidos de la vagina y de la vulva, ocasionando inflamación, comezón y dolor (Centros para el Control de Enfermedades, 2006*j*). Por lo general, la infección se limita a la vagina y a veces al cérvix, pero en ocasiones el organismo invade la uretra, la vejiga o las glándulas de Bartholin. La inflamación del tejido genital causada por tricomoniasis puede incrementar la susceptibilidad de la mujer a una infección de VIH (Centros para el Control de Enfermedades, 2006*j*; Huppert, 2006). Algunos especialistas de la salud también piensan que la tricomoniasis prolongada puede dañar las células del cérvix e incrementar la susceptibilidad al cáncer cervicouterino. Sin embargo, el tratamiento rápido y efectivo previene el daño cervicouterino permanente. La infección sin tratar en mu-

Tricomoniasis Forma de vaginitis causada por el protozoario unicelular *Trichomonas vaginalis*.

La infección por *Trichomonas vaginalis* en las mujeres embarazadas está relacionada con la ruptura anticipada del saco amniótico y con partos prematuros (Centros para el Control de Enfermedades, 2006; Huppert, 2006). Las tricomoniasis en los hombres, por lo general asintomáticas, pueden estar relacionadas con una urgencia de orinar frecuentemente, micción dolorosa o una ligera secreción uretral.

Tratamiento

Para evitar la transmisión recíproca del protozoario es importante que la pareja o parejas sexuales de una mujer infectada reciban tratamiento aun cuando sean asintomáticas. Si el compañero masculino no es tratado, la pareja debería usar condones para prevenir la reinfección. El régimen de medicamentos recomendado para ambos sexos es una sola dosis de 2 gramos de metronidazol (Flagyl) administrado vía oral. ■



Salud sexual

● Infecciones por ectoparásitos

Los **ectoparásitos** son organismos parásitos que viven en las superficies externas de la piel de los humanos y de otros animales (*ecto* significa “externo”). Dos ITS relativamente comunes son causadas por ectoparásitos: los piojos púbicos y la sarna.

Ectoparásitos Organismos parásitos que viven en las superficies externas de la piel.

Piojos púbicos

Los **piojos púbicos**, mejor conocidos como *ladillas*, pertenecen a un grupo de insectos parásitos llamados *piojos mordedores*. Se conocen con el nombre científico de *Phthirus pubis*. Aunque diminutos, los piojos adultos se pueden observar a simple vista. Son de un color gris amarillento y mediante una ampliación se puede apreciar que tienen una apariencia similar a los cangrejos, como se muestra en la **➤ figura 15.6**. El piojo se aferra al vello púbico con sus cercos (garras) y entierra la cabeza en la piel, donde se alimenta de la sangre que pasa por los pequeños vasos sanguíneos.

Piojos púbicos Piojos que infectan principalmente el vello púbico y que se transmiten por contacto sexual.

Incidencia y transmisión

Los piojos púbicos son muy comunes y son tratados con frecuencia en clínicas de salud públicas y por médicos privados. Estos parásitos son especialmente prevalentes entre personas solteras jóvenes (de 15 a 25 años) y a menudo se les relaciona con la presencia de otras ITS (Varela y colaboradores, 2003). Se transmiten durante las relaciones sexuales cuando dos personas ponen en contacto sus áreas púbicas (Heukelbach y Feldmeier, 2004). Estos piojos pueden vivir lejos del cuerpo durante un día, en especial si tienen el estómago lleno de sangre. Suelen alojarse en la ropa interior, la ropa de cama, bolsos de dormir, etc. Los huevos depositados por los piojos hembras en la ropa o las sábanas sobreviven varios días. Por lo tanto, es posible contraer los piojos púbicos al dormir en la cama de alguien más o al vestir su ropa. Además, una persona que haya recibido un tratamiento efectivo puede volver a infectarse al vestir su propia ropa interior o sábanas que no hayan sido lavadas. Los piojos púbicos no se limitan al área genital. Se pueden transmitir, por lo general mediante los dedos, a las axilas o al cuero cabelludo.

➤ Figura 15.6 Piojo púbico o ladilla.



© E. Gray/SPR/Photo Researchers, Inc.

Síntomas

La mayoría de las personas comienza a sospechar que algo anda mal cuando empieza a sentir comezón. La sospecha se vuelve más fuerte cuando rascarse no produce alivio. Sin embargo, algunas personas parecen tener una gran tolerancia a la mordedura del

piojo, pues sienten poco o ningún malestar. Es posible hacer un autodiagnóstico con sólo encontrar uno de estos parásitos en el vello púbico.

Tratamiento

El régimen recomendado para un tratamiento contra piojos púbicos es loción o crema de permetrín o piretrín al 1% aplicadas en todas las áreas afectadas y lavarlas después de 10 minutos. Es recomendable rociar la loción en todas las zonas donde haya concentración de vello corporal (los genitales, las axilas, la cabeza e incluso en las cejas). Estos tratamientos se deben repetir de siete a 10 días después si aún se detecta la presencia de piojos. También es necesario lavar toda la ropa de vestir y la ropa de cama que se haya usado antes del tratamiento.

Sarna

Sarna Infestación ectoparásita diminutos ácaros.

La **sarna** es ocasionada por un ácaro parásito en forma de tortuga con cuatro patas cortas y anchas llamado *Sarcoptes scabiei*. A diferencia de los piojos púbicos, los ácaros son demasiado pequeños para apreciarlos a simple vista. Las plagas de sarna son iniciadas por el ácaro hembra. Después de aparearse, escarba bajo la piel para poner sus huevecillos, los cuales eclosionan poco después. Cada huevecillo eclosionado se convierte en un ácaro adulto en 10 o 20 días. Este obtiene su alimento en la piel del huésped que está junto a la madriguera original. La persona promedio con sarna es infestada con cinco a 15 ácaros hembras adultas vivas (Closidow, 2006).

Incidencia y transmisión

Aunque la sarna no está entre las enfermedades infecciosas reportadas a las organizaciones sanitarias de Estados Unidos y del resto del mundo, se estima que la prevalencia de esta enfermedad a nivel mundial es de 300 millones de casos anuales (Chosidow, 2006). La sarna es una condición altamente contagiosa que se puede contagiar por contacto físico cercano, tanto sexual como no sexual. Los ácaros también se pueden transmitir mediante la ropa de vestir o la ropa de cama, donde pueden permanecer vivos hasta 72 horas (Centros para el Control de Enfermedades, 2006k). Además de las personas sexualmente activas, los niños que asisten a la escuela, los ancianos en asilos y los indigentes están, especialmente, en riesgo de ser infectados con sarna.

Síntomas

Presencia de pequeñas pápulas o granos en el área donde el ácaro hembra hace sus túneles en la piel. Una erupción rojiza alrededor de la lesión inicial indica el área donde los ácaros adultos eclosionados se están alimentando. En las áreas de infestación se siente mucha comezón, especialmente por la noche. Los sitios preferidos de infestación suelen ser la piel que está entre los dedos y en los lados de los mismos, las muñecas, el abdomen, los genitales, las nalgas y los pechos de las mujeres.

Tratamiento

La sarna se trata con un escabicida tópico que se aplica desde el cuello hasta los dedos de los pies. Hay varias lociones (que requieren receta y que no la requieren), las cuales se aplican a la hora de ir a la cama, se dejan trabajar durante ocho horas y después se lavan con agua y jabón. Por lo general con una aplicación basta, aunque algunos doctores recomiendan una segunda aplicación de siete a 10 días después. Es recomendable que todos los miembros de la casa y los contactos cercanos de una persona infectada, incluyendo a los asintomáticos, reciban tratamiento simultáneamente. Además, se debe lavar con agua caliente o en seco toda la ropa de vestir y de cama utilizada por las personas que están en tratamiento.

❖ Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida)

La epidemia del **síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida)**, que a nivel mundial constituye una amenaza de salud pública cada vez mayor, ahora es reconocida como la pandemia más seria de nuestro tiempo. Se está llevando a cabo una investigación exhaustiva sin precedente en todo el mundo sobre esta enfermedad mortal, y están surgiendo nuevos hallazgos con sorprendente rapidez.

El sida es provocado por el **virus de inmunodeficiencia humana (VIH)**, que entra en una categoría especial de virus llamados *retrovirus*, cuyo nombre se debe a que invierten el orden normal de reproducción dentro de las células que infectan, un proceso llamado *transcripción inversa*.

Dos formas del VIH se han relacionado con el desarrollo del sida: el VIH-1 y el VIH-2. El 1 fue el primer virus de inmunodeficiencia humana que se pudo identificar y es el que ocasiona el mayor número de casos de sida en Estados Unidos y en todo el mundo. El 2 ocurre en algunos países de África junto con el 1. El VIH-1, el más virulento de las dos formas, es un enemigo formidable porque está en constante mutación y tiene muchas cepas o subtipos. Para simplificar nuestra explicación sobre el sida, nos referiremos al agente infeccioso simplemente como VIH.

Ha habido una gran especulación acerca del origen del sida desde la aparición de la pandemia global. Se ha sugerido que el VIH provino de los habitantes de África o de Haití, de mosquitos, monos, cerdos o incluso de las primeras pruebas de una vacuna contra la polio que se llevaron a cabo en África en la década de 1950. Una investigación recientemente publicada parece haber resuelto el enigma sobre su origen. Dos equipos de científicos internacionales que rastrearon los orígenes del VIH en un virus de una subespecie de chimpancés que viven en África central y sudoccidental, obtuvieron evidencia convincente de que fue introducido a los humanos a partir de los chimpancés (Gao y colaboradores, 1999; Keele y colaboradores, 2006). Análisis genéticos revelaron que esta subespecie, *Pan troglodytes troglodytes*, alberga un virus de inmunodeficiencia simiesco (VIS) que es el origen del VIH-1. Los científicos creen que el VIS se convirtió genéticamente en VIH cuando aún estaba en un chimpancé o después de que un humano contrajo el VIS, tal vez mediante la exposición a la sangre de algún chimpancé o al estar cazando o manipulando su carne para cocinarla.

Armado con evidencia de que una subespecie específica de chimpancé estuvo implicada en el origen del VIH, otro grupo de investigadores realizó pruebas que le permitieron estimar que el primer VIH evolucionó del VIS portado por estos chimpancés en algún momento entre 1915 y 1941, con 1931 como el año más probable (Korber y colaboradores, 2000). Con datos tan tempranos acerca del origen, ¿por qué el VIH fue identificado como el virus causante del sida hasta 1983? Los científicos creen que cuando el VIS se convirtió en un asesino de humanos, tal vez en la primera mitad de la década de 1930, probablemente permaneció confinado a una pequeña población en un área aislada, como una aldea, hasta que la migración a las grandes ciudades y los viajes en jet propagaron el virus por todo el mundo. El descubrimiento del VIH en una muestra de sangre congelada obtenida en 1959 de un africano adulto proporcionó evidencia de que existía desde mucho antes de su identificación en 1983 (Zhu y colaboradores, 1998). Por ello, ahora parece probable que el VIH se haya originado a inicios del siglo XX mediante la transmisión de una subespecie de chimpancé a un humano, y que luego se haya propagado por todo el mundo mucho después, cuando África dejó de estar tan aislada.

El VIH ataca y destruye principalmente los linfocitos CD4 del cuerpo, también llamados *células T cooperadoras* o *células cooperadoras T-4*. En las personas sanas estas células coordinan la respuesta del sistema inmunológico a las enfermedades. La alteración que resulta de las infecciones del VIH deja el cuerpo vulnerable a una va-

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida)

Enfermedad catastrófica en la que un virus (VIH) invade el sistema inmunológico y destruye su capacidad de combatir las enfermedades.

Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

Virus que destruye el sistema inmunológico y que ocasiona el sida.



Palabras para consultar en InfoTrac

- Sida
- VIH

riedad de cánceres e infecciones oportunistas (que ocurren debido a la disminución de la efectividad del sistema inmunológico). En un principio, la infección se diagnosticaba como sida sólo cuando el sistema inmunológico resultaba tan dañado que la persona desarrollaba una o más enfermedades debilitantes graves, como cáncer o una forma inusual de neumonía causada por el protozooario *Pneumocystis carinii*. Sin embargo, a partir del 1 de enero de 1993 los CDC ampliaron esta definición de sida para incluir cualquier infección de VIH en la que el sistema inmunológico resultara gravemente dañado. Ahora cualquier persona que tenga VIH y un conteo de linfocitos CD4 de 200 o menos por microlitro de sangre se considera que tiene sida completamente desarrollado, sin importar otros síntomas. (El conteo normal de CD4 en personas sanas que no están infectadas con VIH va de 600 a 1 200 células por microlitro de sangre.)

Incidencia

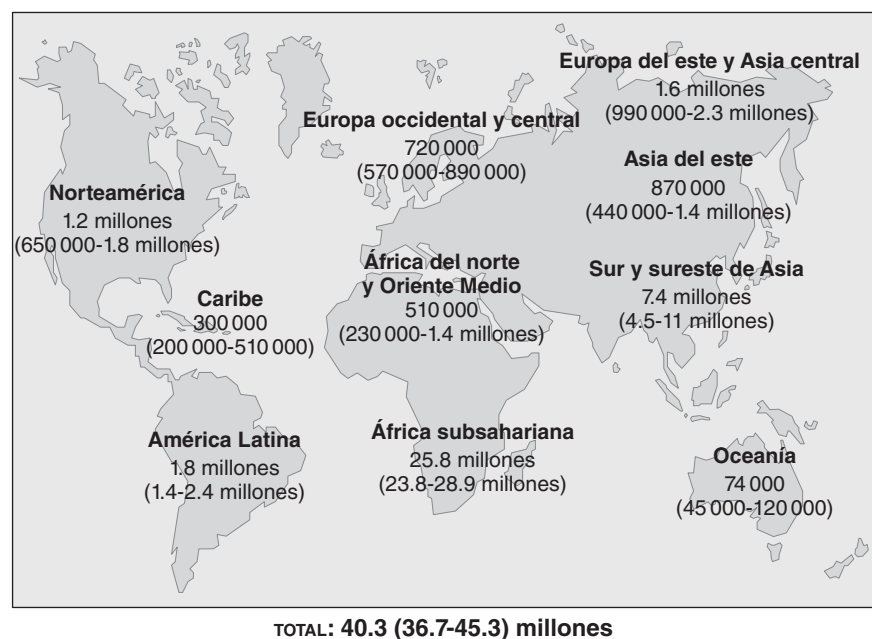
Para enero de 2006 se habían reportado en Estados Unidos más de un millón de casos acumulados de sida, y más de 525 000 personas habían muerto por la enfermedad desde que fue diagnosticada por primera vez en 1981. En este país, el número de personas que viven con VIH sigue en aumento. Se estima que actualmente 1.2 millones de estadounidenses están infectados (Stall y Mills, 2006). Los CDC calculan que cerca de 25% de las personas contagiadas no tiene conocimiento de su estado de VIH positivo (Centros para el Control de Enfermedades, 2006). Algunos expertos de la salud sugieren que casi la mitad de los estadounidenses infectados no tiene conciencia de su condición (Rosen, 2006).

Cada año ocurren en el mundo cerca de 5 millones de nuevos casos de infección por VIH (casi 600 cada hora), y para finales de 2005 estaban contagiadas aproximadamente 40.3 millones de personas de todo el mundo (Stall y Mills, 2006; Onusida, 2006). La enfermedad reclama anualmente más de 3 millones de vidas en la comunidad mundial (Onusida, 2006). Se estima que a finales de 2005, el África subsahariana albergaba a dos tercios (25.8 millones) de las personas que viven con VIH (Onusida, 2006). La **figura 15.7** proporciona un panorama global del número de adultos y niños que se estima que vivían con el virus a finales de 2005.

En noviembre de 2006, investigadores afiliados a la Organización Mundial de la Salud (OMS) calcularon que cerca de 120 millones de personas podrían morir de sida en los próximos 25 años (Mathers y Loncar, 2006). De acuerdo con este sombrío pronóstico, ésta se unirá a la enfermedad cardíaca y al ataque cerebral como las tres principales causas de muerte en el mundo.

El número de nuevos casos de sida reportados anualmente en Estados Unidos creció con rapidez a principios de la década de 1980, incrementándose casi 85% cada año, y alcanzó una tasa pico a mediados del decenio. La tasa de nuevos diagnósticos disminuyó a finales del periodo. Desde principios de la década de 1990 han ocurrido aproximadamente 40 000 nuevas infecciones al año en Estados Unidos (Centros para el Control de Enfermedades, 2006). Aunque la incidencia total de VIH en la población estadounidense ha permanecido estable durante muchos años, el

Figura 15.7 Cálculos globales del número de adultos y niños que vivían con VIH a finales de 2005.



número de nuevos casos entre adolescentes, mujeres y minorías étnicas y raciales continúa en aumento.

Muchas personas con sida se infectaron durante su adolescencia (Aronowitz y colaboradores, 2006). El problema creciente de contagio entre adolescentes se ha atribuido a varios factores, incluyendo los siguientes:

- Muchos adolescentes tienen varias parejas sexuales, lo que aumenta su exposición a la infección.
- Muchos adolescentes que tienen relaciones sexuales no usan condón.
- El acceso a los condones suele ser más difícil para los adolescentes que para grupos de otras edades.
- Los adolescentes tienen altos índices de otras ITS, las cuales frecuentemente se relacionan con la infección de VIH.
- El abuso de sustancias estimulantes, el cual incrementa las conductas riesgosas, está relativamente extendido en este sector de la población.
- Como grupo, los adolescentes tienden a experimentar sentimientos de invulnerabilidad (véase el capítulo 12).

En Estados Unidos, los grupos minoritarios étnicos y raciales representan la mayor proporción del número total de casos de sida reportados desde 1981 (Centros para el Control de Enfermedades, 2005c; Robinson y colaboradores, 2005; Rosen, 2006). Las tasas más altas de sida entre estos grupos pueden reflejar, entre otros factores: 1) un menor acceso a los servicios de salud, relacionado con un estatus socioeconómico desfavorable; 2) barreras culturales o de idioma que limitan el acceso a la información acerca de las estrategias para prevenir las ITS, y 3) diferencias en las conductas que aumentan el riesgo de contraer VIH, especialmente tasas mayores de uso de drogas inyectadas.

Desde que el sida apareció por primera vez en Estados Unidos, la mayoría de los casos ha estado directa o indirectamente relacionada con dos categorías de exposición al riesgo: los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y los usuarios de drogas inyectadas. Sin embargo, han comenzado a surgir cambios significativos en las tendencias de estas categorías. Aun cuando la prevalencia de la infección de VIH en Estados Unidos y el resto del mundo occidental sigue siendo más alta entre HSH, en la unión americana la proporción de casos de sida reportados en este sector disminuyó notablemente y luego se estabilizó entre mediados de la década de 1980 y finales de la década de 1990 (Adam y colaboradores, 2005; Centros para el Control de Enfermedades, 2005c). Por desgracia, en los primeros años del presente siglo las tasas de incidencia de infección entre HSH van otra vez al alza (Adams y colaboradores, 2005; Brewer y colaboradores, 2006; Stolte y colaboradores, 2006). Este resurgimiento de la epidemia prevalece especialmente entre HSH jóvenes y HSH de color.

En Estados Unidos, los casos de sida atribuibles a la transmisión heterosexual están aumentando (Centros para el Control de Enfermedades, 2006a). Este tipo de contacto siempre ha sido la forma principal de propagación del VIH en el mundo, especialmente en África y Asia (Onusida, 2006).

En los últimos años, el número de mujeres infectadas ha aumentado de manera sostenida en todo el mundo (Centros para el Control de Enfermedades, 2006f; Onusida, 2006). En Estados Unidos, las mujeres constituyen la población contagiada con VIH que avanza con mayor rapidez (Lonergan y Hern, 2006; Rosen, 2006). En el África subsahariana es tres veces más probable que las mujeres de 15 a 24 años se infecten, que los hombres de su edad (Lampthey y colaboradores, 2006).

Las investigaciones indican que el VIH se transmite más fácilmente de hombre a mujer que de mujer a hombre (Betts, 2001; Eschenbach y colaboradores, 2001; Ray y Quinn, 2000). Por lo tanto, el riesgo de contraer la enfermedad mediante interacción sexual parece ser mucho mayor para una mujer con una pareja masculina contagiada que para un hombre con una pareja femenina infectada. Una explicación para este riesgo en el sector femenino es que el semen contiene más concentración de VIH

que los fluidos vaginales, y la superficie mucosa femenina queda expuesta al VIH en la eyaculación durante un tiempo considerablemente mayor de lo que el pene queda expuesto en las secreciones vaginales (Lamptey y colaboradores, 2006; Ray y Quinn, 2000). Además, en la vulva y en la vagina queda vulnerable un área de superficie mucosa mayor que en el pene, y ésta queda sujeta a un trauma potencial mayor (Lamptey y colaboradores, 2006; Ray y Quinn, 2000). Más aún, algunas mujeres experimentan el sexo anal sin protección, una conducta de alto riesgo porque se sabe que la transmisión del VIH de un hombre infectado a una mujer que no lo está es 10 veces mayor con esta práctica que con el sexo vaginal (Abner y colaboradores, 2005). De hecho, se ha demostrado que el sexo anal sin protección está relacionado con el riesgo mayor de infección mediante actividad sexual tanto para hombres como para mujeres (Abner y colaboradores, 2005). Finalmente, las adolescentes son biológicamente vulnerables al VIH porque sus tractos reproductivos inmaduros, en especial el cérvix, son altamente susceptibles a la infección por ITS (Lamptey y colaboradores, 2006; Wiesenfeld y colaboradores, 2003).

La incidencia proporcional global de sida entre mujeres es mucho más alta en África, Asia y el Caribe que en Estados Unidos. En el África subsahariana —el epicentro del sida—, más mujeres que hombres están infectadas con el VIH (Onusida, 2006). Cerca de 75% de las infecciones en jóvenes africanos afecta a mujeres (Vickerman y colaboradores, 2006). También se registra un considerable aumento en el número de africanas embarazadas afectadas, con prevalencia de 20% o más entre las poblaciones de mujeres examinadas de seis países del sur de África (Onusida, 2006). La terrible situación del continente durante estos años de pandemia se describe en el siguiente recuadro.

SEXUALIDAD Y DIVERSIDAD

El sida en África: muerte y esperanza en un continente agonizante

Hasta la fecha, en África ha ocurrido más de 80% de las muertes por sida, principalmente en naciones subsaharianas, las cuales concentran conjuntamente el mayor número de personas con VIH o sida de todo el mundo (Lamptey y colaboradores, 2006; ONUSIDA, 2006). Aunque en países como la India, China y Rusia han aumentado rápidamente las epidemias, los países africanos aún son los más golpeados por esta terrible pandemia. De los 12 millones de huérfanos a causa del sida, más de 90% vive en países del África subsahariana (Summers y colaboradores, 2002). Para 2010 se espera que 18 millones de niños queden huérfanos por esta razón (Lamptey y colaboradores, 2006).

En una tragedia cuyos alcances desafían la comprensión, el virus está devastando un continente de por sí arrasado por las guerras y la pobreza. A menos que las acciones contra esta enfermedad se incrementen sobremanera en alcance y se mejore su enfoque, el daño que ya está hecho parecerá poco comparado con el que está por venir. Se teme que el sida extermine gran parte de una generación de gente africana. Las familias están siendo destruidas, y los trabajadores calificados —la esencia de la riqueza de una nación— están muriendo a una velocidad sin precedente.

Se estima que en muchos países del África subsahariana más de 15% de los adultos está contagio con VIH (Summers y colaboradores, 2002; Onusida, 2006). Botswana, cuya población es de 1.6 millones de habitantes, tiene una de las prevalencias de contagio más altas del mundo, con más de uno de cada tres adultos VIH positivos (Paz-Bailey y colaboradores, 2006). En la actualidad, un botswana de 15 años tiene una probabilidad estimada de 80% de morir de sida, dadas las prevalencias de infección actuales en esta nación y la ausencia de una cura o de una vacuna (Summers y colaboradores, 2002). Sudáfrica tiene la epidemia de más

rápido crecimiento del mundo y el mayor número de personas que viven con VIH —6 millones— (Lampitey y colaboradores, 2006). Una encuesta reciente de mujeres embarazadas que asisten a clínicas de Sudáfrica reveló que más de 22 % estaban infectadas, en comparación con menos del 1 % de hace nueve años (Sherfer y colaboradores, 2002). Aproximadamente uno de cada cinco jóvenes sudafricanos de 15 a 24 años está en la misma condición (Hartwell, 2005).

Muchos factores explican la extensa diseminación de la pandemia en África, donde el VIH se transmite principalmente vía relaciones heterosexuales. La pobreza generalizada y la falta de servicios médicos contribuyen de manera importante a su expansión. Otro factor relevante es que las ITS que causan úlceras genitales son endémicas del continente. Éstas incrementan la susceptibilidad al VIH de las personas no infectadas y pueden aumentar el grado infeccioso de quienes ya son seropositivas (Celum y colaboradores, 2005; Todd y colaboradores, 2006). Más aún, a pesar de que cada día hay una mayor conciencia sobre el VIH o sida en África y en países en desarrollo de todo el mundo, también hay mucha ignorancia (especialmente entre los jóvenes) sobre cómo reducir la propia vulnerabilidad a la enfermedad (Hartwell, 2005; Onusida, 2001a).

Los factores culturales pueden jugar un papel aún mayor en la prolongación de la pandemia en África. En los países del área prevalecen las sociedades dominadas por los hombres, en las que la mayoría de las mujeres se encuentra en relaciones de dependencia económica y subordinación sociocultural frente a ellos. Estas desigualdades dan como resultado una gran vulnerabilidad a la infección del VIH debido a la falta de derechos de estas mujeres en sus relaciones y a sus dificultades para exigir sexo más seguro a sus parejas, a quienes no les gusta usar condón y se niegan a reconocer y menos a hablar de sus otras relaciones poco seguras (Lampitey y colaboradores, 2006; Hoffman y colaboradores, 2006; Sinding, 2005). Las convenciones sociales en estos países por lo general exigen que los hombres prometan a sus parejas apoyo material pero no fidelidad sexual. El uso del condón es poco frecuente en matrimonios de culturas donde la fertilidad suele ser esencial para la propia identidad del hombre. Los que tienen relaciones extramaritales con trabajadoras sexuales o “novias” raramente usan el condón (Ezzell, 2000; Kesby, 2000). Varios estudios han revelado una alarmante elevada tasa de contagios de VIH entre trabajadores sexuales en África (Ghani y Aral, 2005).

Otro factor cultural que contribuye a la diseminación del VIH en el continente es el llamado *síndrome del papito rico*, en el que hombres maduros con dinero, muchos de los cuales son seropositivos, buscan adolescentes para tener relaciones sexuales con ellas. Esta tendencia cultural también es socorrida por la creencia supersticiosa en algunas sociedades africanas de que un hombre infectado con VIH puede curarse teniendo sexo con una mujer virgen (Bartholet, 2000). Finalmente, es muy común que las mujeres de algunos países sudafricanos se limpien las paredes vaginales con un trozo de tela, papel o algodón justo antes o durante el acto sexual, una práctica conocida como “sexo en seco”, el cual es del gusto de muchos hombres (Ezzell, 2000). El sexo en seco incrementa el riesgo de transmisión del VIH para una mujer, pues altera el balance normal de *lactobacilos* vaginales saludables, aumenta la probabilidad de que se rompa el condón y causa pequeños desgarres en las paredes vaginales que permiten al virus entrar al torrente sanguíneo.

Muchos países africanos devastados por el sida tienen un sentido penetrante de desesperanza que erosiona la iniciativa individual para tener una conducta sexual más segura. Los africanos a menudo se ven influenciados por un discurso social que plantea un curso probable de vida, el cual incluye matrimonio temprano, sexo sin protección, múltiples alumbramientos, infección de VIH, muerte temprana y niños que se quedan sin sustento (Mill y Anarfi, 2002). Los individuos atrapados por esta expectativa de vida a menudo se ven imposibilitados o desmotivados para hacer cambios positivos en su conducta. Más aún, muchos de los programas de prevención del VIH implementados en países africanos hasta el momento han tenido poco éxito. Estos programas han buscado persuadir a las personas de que tomen decisio-

nes razonables para cambiar su comportamiento basados solamente en el poder de las palabras, emanadas generalmente de la boca de los “expertos”.

Con este antecedente tan sombrío, ¿puede haber alguna esperanza para el futuro de África? La respuesta es un sí cauteloso. Hay algunas historias exitosas. En años recientes se han diseñado e implementado varios programas tanto para combatir los efectos devastadores de la desesperanza como para dejar de lado la información tradicional basada en técnicas de prevención. En estos métodos de intervención innovadores, varios miembros de las comunidades son capacitados como *educadores de pares* (del término en inglés *peer educators*) para que lleguen a los demás jóvenes en un esfuerzo educativo popular que incluye proporcionar información y recursos, un medio para hablar abiertamente de asuntos sexuales y un contexto de apoyo para realizar cambios conductuales positivos. Una ventaja importante de la educación de pares sobre el modelo más tradicional de información experto-proveedor, es que la primera pone el conocimiento de la salud al alcance de las personas ordinarias, quienes actúan no sólo como educadores de sus coetáneos, sino también como ejemplos para cambios conductuales positivos. Varios estudios han demostrado que estos programas populares incrementan la probabilidad de que las personas tengan más comportamientos que promuevan la salud (Campbell y Mzaidume, 2001; Crooks y Tucker, 2006; Galavotti y colaboradores, 2001; Wheeler, 2003).

Recientemente se estableció un programa de intervención contra el VIH y el sida con educadores de pares en Makindu, en el sudeste de Kenia, con la planeación y guía de Bob Crooks y su esposa Sami Tucker, en colaboración con varios ciudadanos kenianos y con la asistencia de una ONG alemana. Este proyecto, que emplea a más de 40 kenianos, ha sido financiado en parte con los ingresos por los derechos de este libro. La participación de Crooks y Tucker incluye desarrollar una estrategia de investigación para evaluar el impacto de este programa popular, designar e implementar una estrategia basada en la educación de pares y realizar sesiones de capacitación de dos semanas para el equipo de participantes. Además de proporcionar tratamiento gratuito para las ITS, centros donde los individuos puedan recibir asesoría voluntaria y confidencial y practicarse pruebas para VIH, el proyecto de Makindu proporciona educación comunitaria a través de los educadores de pares provenientes de la población local.

Los educadores de pares se reúnen con grupos de 12 a 18 personas dos veces a la semana durante un periodo de seis semanas en varias localidades de Makindu. Los temas de estas sesiones incluyen conductas riesgosas para la infección del VIH y cómo se transmite, estrategias para evitar el contagio, habilidades de comunicación (como el desarrollo de la asertividad y aptitudes para la compra de condones), aspectos de género y otros temas relacionados con el cambio conductual y un comportamiento sexual más seguro. Las sesiones incluyen debates en grupos pequeños y grandes, juegos de roles, teatro, juegos y actividades colectivas, así como enseñanza participativa (por ejemplo, aprender a colocar correctamente un condón usando modelos de penes de madera). Hasta la fecha, varios miles de adultos y jóvenes han participado en estos talleres educativos comunitarios, incluyendo a miembros de cooperativas laborales, equipos deportivos, grupos de apoyo a las mujeres, organizaciones religiosas y trabajadores sexuales. Recientemente se extendió el programa a escuelas de educación básica, en las que niños y jóvenes de nueve a 18 años y sus padres y maestros participan en los talleres de capacitación dirigidos por los educadores de pares. Las evidencias obtenidas mediante la administración de cuestionarios anónimos antes y después de los talleres han revelado una mayor conciencia sobre las conductas que elevan el riesgo de contraer el VIH y sobre las estrategias de prevención, así como aumentos importantes de conductas sexuales más seguras en todas las categorías de participantes como resultado directo del programa educativo (Crooks y Tucker, 2006).

Tal vez la mayor esperanza para África está en el desarrollo del arma suprema contra cualquier virus: una vacuna preventiva efectiva. Sin embargo, como se dijo anteriormente en este capítulo, el progreso en este frente ha sido lento y la probabilidad de tener pronto tal vacuna es pequeña.

Transmisión

El VIH se ha encontrado en el semen, la sangre, las secreciones vaginales, la saliva, la orina y en la leche materna de individuos infectados. También puede estar presente en cualquier otro fluido corporal que contenga sangre, como el líquido cefalorraquídeo y el líquido amniótico. La sangre, el semen y las secreciones vaginales son los tres fluidos corporales que con más frecuencia contienen altas concentraciones del virus en personas infectadas. Por lo general, éste entra al cuerpo con el intercambio de fluidos durante el sexo vaginal o anal o el contacto oral-genital con una persona infectada. Se cree que la transmisión mediante contacto sexual es la causa de cerca de 80% de las infecciones de VIH en todo el mundo, que también se contagia mediante agujas con sangre contaminada compartidas por personas que consumen drogas inyectadas.

El virus también se puede propagar perinatalmente de una mujer infectada a su feto antes del alumbramiento, a su bebé durante el parto o después al amamantarlo (Richardson y colaboradores, 2003a; Rousseau y colaboradores, 2003). La transmisión de madre a hijo (ТМН) es la principal forma en que los niños se infectan (Lamp-
tey y colaboradores, 2006).

La probabilidad de transmisión durante el acto sexual depende de la dosis viral y de la ruta de exposición al VIH. Esta dosis es un efecto directo de la **carga viral** (la cantidad de virus presente en la sangre de una persona infectada). La medida que más se utiliza para determinar la carga viral es el número de virus individuales que hay en un mililitro de sangre. En general, cuanto mayor sea esta carga, mayor será la probabilidad de transmitir la infección. De acuerdo a como lo sugiere el sentido común, cuando una persona está en la etapa final del sida, con una infección más avanzada y por lo tanto una mayor carga viral, es altamente infecciosa. Sin embargo, muchos lectores podrían sorprenderse al saber que hay muchas evidencias de que en el periodo inicial entre la exposición al VIH y la aparición de anticuerpos contra éste en la sangre —periodo llamado *infección primaria*, la cual suele durar algunos meses—, la carga viral puede ser extremadamente alta, creando así un estado de infección creciente (Pilcher y colaboradores, 2004; Wawer y colaboradores, 2005). Este pico relativamente breve en la transmisibilidad poco después de que una persona se infecta es muy problemático, porque la mayoría de las personas contagiadas tal vez no sepa que lo está durante estos pocos meses en que el VIH las ha estado invadiendo. Algunos expertos creen que la transmisión durante la infección primaria representa una gran parte de los contagios del VIH en todo el mundo (Cohen y Pilcher, 2005; Wawer y colaboradores, 2005).

La probabilidad de infección durante la actividad sexual es mayor cuando el VIH entra directamente a la sangre (por ejemplo, a través de pequeños desgarres en el tejido rectal o en las paredes vaginales) que cuando pasa a una mucosa. Los investigadores han descubierto que la circuncisión influye en el riesgo de un hombre de contraerlo. El prepucio del pene no circuncidado es suave y propenso a diminutas laceraciones que pueden propiciar que el VIH entre con mayor facilidad en el torrente sanguíneo. Además, tiene altas concentraciones de células CD4 y de Langerhans, las células inmunológicas que suele atacar el virus (Reynolds y colaboradores, 2004; Seppa, 2004, 2005). Mientras los proveedores de atención médica sigan debatiendo la práctica de la circuncisión en los campos de la medicina y la ética, su manejo como medio para reducir la transmisión del VIH no está resuelto. La evidencia en la que se basa esta posición se discute en el recuadro titulado “La circuncisión como estrategia para prevenir la infección del VIH” de la página siguiente.

Las investigaciones también indican que el VIH se puede adquirir durante el sexo oral cuando el virus presente en el semen o las secreciones vaginales entra en contacto con los tejidos mucosos de la boca (X. Liu y colaboradores, 2003). Por desgracia, muchas personas piensan erróneamente que el sexo oral es una práctica segura. Las recomendaciones de los CDC para prevenir la transmisión del virus incluyen el uso del condón durante el contacto pene-boca. Sin embargo, es muy raro que las personas usen condón durante el sexo oral (Torassa, 2000). Si usted lo practica con una pareja

Carga viral Cantidad de VIH presente en la sangre de una persona infectada.



Salud sexual

La circuncisión como estrategia para prevenir la infección del VIH

Varios profesionales e investigadores de la salud han sugerido que la circuncisión puede reducir sobremanera el riesgo de infección del VIH al eliminar un punto de acceso para el virus (el delgado prepucio con sus altas concentraciones de células que son infectadas fácilmente). Este punto de vista recibió fuerte apoyo de un estudio reciente en Sudáfrica, realizado por un equipo internacional de investigadores dirigidos por Bertran Auvert, un médico investigador francés.

Estos investigadores reunieron a 3 274 hombres heterosexuales sin circuncisión de 18 a 24 años de edad provenientes de un área donde cerca de 20% de los hombres estaba circuncidado. Todos los participantes expresaron su deseo de ser circuncidados y aceptaron que se les realizara el procedimiento ya fuera al principio o al final de un estudio planeado para 21 meses. Los participantes se dividieron al azar en dos grupos. El 50% fue intervenido al principio del ensayo clínico y se le pidió que se abstuviera de tener relaciones sexuales durante seis semanas para permitir la sanación total. Tanto a los hombres circuncidados al inicio como al final se les instruyó en prácticas sexuales más seguras y se les realizó la prueba del VIH varias veces durante el tiempo que duró el estudio.

El proyecto se detuvo después de 18 meses, cuando se hizo evidente que la circuncisión reduce considerablemente el riesgo de infección. Durante este periodo, 49 de los hombres no operados y sólo 20 de los circuncidados contrajeron el VIH. Por lo tanto, aunque la cirugía redujo el riesgo de infección en 60%, ciertamente no proporcionó una protección completa. La diferencia en las tasas de contagio entre

los hombres no circuncidados y los circuncidados no fueron atribuibles a los distintos niveles de actividad sexual. De hecho, durante el periodo de estudio, el nivel de actividad sexual en el grupo de hombres operados fue 18% mayor que en el grupo de no circuncidados (Auvert y colaboradores, 2005). Otros estudios indican el potencial preventivo de este método contra la infección de VIH. Un estudio con 2 298 hombres de la India encontró que los circuncidados fueron seis veces menos propensos a contraer el virus que los no circuncidados (Reynolds y colaboradores, 2004). Un experimento con kenianos encontró que el riesgo de contraer VIH por contacto sexual con una pareja infectada fue de más del doble en los hombres no circuncidados que en los circuncidados (Baeten y colaboradores, 2005).

Es prudente esperar los resultados de otros ensayos clínicos antes de concluir con absoluta certeza que la circuncisión es una herramienta que se debe agregar al arsenal de estrategias de prevención del VIH. El estudio realizado en Sudáfrica por Auvert y sus colegas es el primero de tres ensayos clínicos diseñados para evaluar el potencial preventivo de esta medida contra la infección. En este momento se están realizando otros dos en Uganda y Kenia. Mientras esperamos más información, vale la pena hacer notar que los países africanos donde la circuncisión es común, como Senegal, Nigeria y Gabón, tienen números marcadamente menores de hombres infectados con VIH que países como Botswana, Zimbabwe y Sudáfrica, donde la mayoría de los hombres no están circuncidados (AIDS Alert, 2005; Seppa, 2004).

cuyo estatus del VIH no conoce, debe tener ciertas precauciones: asegúrese de que sus encías estén en buena forma (las ulceraciones bucales o las grietas en el tejido de las encías facilitan el acceso del virus a la sangre), evite limpiarse los dientes con hilo dental poco antes o después del contacto sexual (esta limpieza puede dañar el tejido bucal y causar sangrado) y no permita que el semen entre en su boca. Además, debido a la alta concentración de VIH en los fluidos vaginales (Money y colaboradores, 2003), también debe evitar la práctica del cunnilingus con una pareja femenina de la que no sepa si es VIH negativa. ■

A principios de la década de 1980, antes de que el gobierno estadounidense exigiera el análisis de la sangre donada para descartar la presencia de VIH, se estima que ésta y sus derivados infectaron a 25 000 receptores de transfusiones y personas con problemas de coagulación (como la hemofilia) en Estados Unidos (Graham, 1997). Sin embargo, desde ese entonces la sangre donada y sus derivados se someten a intensas pruebas de laboratorio para detectar la presencia de anticuerpos contra el VIH. La transición de donadores pagados a voluntarios ha mejorado aún más la integridad de los suministros de sangre en el país, al descartar a personas que la aportaban principalmente por dinero (Williams y colaboradores, 1997). (Los funcionarios de salubridad creen que los donadores son menos honestos en cuanto a su historial si se les ofrecen incentivos para donar plasma.) Además, los bancos sanguíneos estadounidenses ahora usan procedimientos de análisis basados en la conducta y el historial, aplicados por personal capacitado en un formato de entrevista cara a cara. Estos desa-

rollos han reducido el riesgo de transmisión del VIH mediante transfusión a un nivel estimado de dos infecciones por cada millón de unidades de sangre. Este reducido número se debe casi por completo a las donaciones hechas en la etapa temprana de la infección primaria, antes de que los anticuerpos estén presentes en la sangre (Williams y colaboradores, 1997).

Sin embargo, las precauciones diseñadas para salvaguardar los suministros sanguíneos en Estados Unidos, aunque son muy efectivas, no son infalibles. Un problema es que la prueba de sangre detecta los anticuerpos contra el VIH y no el virus en sí. Y debido a que pueden pasar meses o años para que los anticuerpos contra el VIH aparezcan en la sangre, en raras ocasiones se han detectado las unidades contaminadas. Sin embargo, no hay peligro de infectarse al donar sangre. Los bancos de plasma, la Cruz Roja y otros centros de acopio usan equipo esterilizado y una aguja desechable nueva para cada donador. Por desgracia, los procedimientos implementados en Estados Unidos para salvaguardar sus suministros no se practican a nivel global. Este problema es muy grave en algunos de los países más pobres del mundo, los cuales también tienen altas tasas de enfermedades transmitidas a través de la sangre, como el VIH y la hepatitis viral (Lamprey y colaboradores, 2006).

Las investigaciones indican que un pequeño porcentaje de personas parece ser resistente a la infección de VIH (Misrahi y colaboradores, 1998; Royce y colaboradores, 1997). Hay casos documentados de trabajadoras sexuales y hombres homosexuales que no se contaminaron a pesar de haber tenido relaciones sexuales sin protección varias veces con personas infectadas (Cohen, 1998; Dean y colaboradores, 1996; Fowke y colaboradores, 1996). Podemos esperar que algún día las investigaciones desentrañen estos misterios de la inmunidad y quizás abran el camino para desarrollar mejores estrategias de prevención y tratamiento.

Se cree que el riesgo de transmisión de VIH mediante la saliva, las lágrimas y la orina es extremadamente bajo. Más aún, no hay evidencias de que el virus se pueda propagar por contacto casual, como los abrazos, apretones de manos, cocinar o comer juntos u otras formas de acercamiento casual con una persona infectada (Courville y colaboradores, 1998). Todas las investigaciones realizadas hasta la fecha confirman que el contacto sexual o el uso de agujas contaminadas es lo que pone a un individuo en riesgo de contagio. Además, ciertas conductas de alto riesgo incrementan la probabilidad de infección. Estas conductas incluyen tener varias parejas y relaciones sin protección, contacto sexual con personas que se sabe que están en alto riesgo (como consumidores de drogas inyectadas, trabajadores sexuales y personas que tienen varias parejas sexuales), compartir equipo para inyección de drogas y usar aquellas no inyectadas, como cocaína, marihuana y alcohol, las cuales pueden afectar la toma de decisiones correctas.

Síntomas y complicaciones

Al igual que muchos otros virus, el VIH suele ocasionar una breve enfermedad parecida a la gripe dentro de las primeras semanas de la infección inicial. Los síntomas incluyen fiebre, dolores musculares, erupciones cutáneas, pérdida de apetito, diarrea, fatiga y nódulos linfáticos inflamados (Lamprey y colaboradores, 2006). Estas reacciones iniciales, que representan las defensas del cuerpo trabajando, tienden a desaparecer rápidamente. Sin embargo, a medida que el virus va mermando el sistema inmunológico, pueden aparecer otros síntomas, como fiebre que se repite persistente o periódicamente, sudoración nocturna, pérdida de peso, fatiga crónica, diarrea recurrente o sangre en las heces fecales, hematomas, dolores de cabeza persistentes, tos seca crónica y candidiasis bucal. La candidiasis de la boca y de la garganta es la infección más común en personas infectadas. Muchas de estas manifestaciones físicas también indican padecimientos cotidianos que de ninguna manera ponen en riesgo la vida. Sin embargo, si usted observa que tiene uno o más de estos síntomas reiterados, acuda a consulta médica para que le diagnostiquen el padecimiento.



El gran tenista fallecido Arthur Ashe en una conferencia de prensa anunciando que había contraído el sida como resultado de una transfusión de sangre contaminada con VIH.

Pruebas de anticuerpos contra el VIH

En los primeros meses de haber contraído el VIH, la mayoría de las personas desarrolla anticuerpos contra el virus, en un proceso llamado *seroconversión*. Ésta ocurre entre 25 días y seis meses después de la infección inicial. El contagio se puede detectar mediante pruebas estándar de sangre para identificar anticuerpos contra el VIH en el plasma sanguíneo. En la actualidad, la mayoría de las pruebas se realiza con un equipo de prueba diagnóstica simplificada, el cual usa una muestra de sangre obtenida con un piquete en un dedo y proporciona resultados con una precisión de 99.6% en tan sólo 20 minutos. Los anticuerpos contra el VIH también se pueden detectar con un alto grado de precisión en muestras de orina y de saliva (Strauss y colaboradores, 2003; Wright y Katz, 2006). Para más información sobre los exámenes de VIH y los sitios donde se realizan, llame a la línea directa de los CDC en el 1-800-342-2437 (inglés), 1-800-344-7432 (español) o 1-800-243-7889 (TTY), o consulte la página web de la Asociación Estadounidense de Salud Social.

Aunque es muy poco común, la infección de VIH “silenciosa” puede estar presente en algunos individuos durante tres años o más antes de ser detectada por las pruebas estándar de anticuerpos en suero. Se pueden realizar pruebas más costosas y más laboriosas para el virus en sí a fin de detectar una contaminación silenciosa o latente. Una vez infectada, una persona debe ser considerada contagiosa y capaz de infectar a otros indefinidamente, sin importar si hay signos clínicos de la enfermedad.

El desarrollo de mejores estrategias de tratamiento proporciona a los sujetos en riesgo razones convincentes para descubrir su estatus de VIH tan pronto como sea posible. Como cabe suponer, una vez que el individuo se entere de su estatus de seropositivo, será mucho menos probable que le transmita la infección a otra persona. Esta suposición fue apoyada por un estudio en el que se descubrió que de 615 hombres y mujeres diagnosticados con VIH, la mayoría adoptó conductas sexuales más seguras después del diagnóstico, incluyendo el uso consistente del condón, sexo menos frecuente o su ausencia, o la práctica exclusiva de sexo oral (Centros para el Control de Enfermedades, 2000a). En otro trabajo reciente se descubrió que de 1 363 hombres y mujeres infectados, la gran mayoría estaba usando condón en sus relaciones sexuales vaginales o anales con parejas que sabían que eran VIH negativas y con parejas de las que no sabían su estatus (Centros para el Control de Enfermedades, 2003a).

El fomento de la práctica de las pruebas se ha enfocado principalmente en personas que están en un riesgo mayor que el normal de contraer la infección, incluyendo a los HSH, a consumidores de drogas inyectadas, clientes de clínicas para el tratamiento de ITS, personas que tienen relaciones vaginales y/o anales con varias parejas, así como trabajadores de la salud expuestos a la sangre de los pacientes. Por desgracia, a pesar de los potenciales beneficios de las pruebas de anticuerpos tempranas y de la disponibilidad de tratamiento y asesoría para los infectados, muchos individuos en riesgo, especialmente jóvenes sexualmente activos (homosexuales, bisexuales y heterosexuales), no se practican la prueba del VIH. Por ejemplo, en un estudio realizado con una gran muestra de HSH jóvenes, los investigadores encontraron que de los 573 participantes que resultaron ser seropositivos, 77% no sabía que estaba infectado (MacKellar y colaboradores, 2002). Una encuesta realizada por los Centros para el Control de Enfermedades (2005d) reveló que de 450 HSH participantes infectados con VIH, 48% no tenía conocimiento de su situación.

La mayoría de las personas contagiadas en Estados Unidos no se practica la prueba del VIH sino hasta que desarrolla síntomas de la enfermedad, y la mayoría de las infecciones es transmitida por personas que no tienen conocimiento de su estatus (Koo y colaboradores, 2006; Wright y Katz, 2006). Debido a estos hechos alarmantes, los CDC recomendaron rápidamente expandir las pruebas de detección en el país, incluyendo el



Pensamiento crítico

Se ha sugerido que se le pida a todos los adolescentes y adultos que se sometan a la prueba del VIH. ¿Está usted de acuerdo con esta recomendación? ¿Cómo podrían utilizarse correctamente los resultados de estas pruebas para reducir la transmisión del sida? ¿Qué problemas podrían surgir como resultado de las pruebas obligatorias? ¿Cree usted que éstas serían una violación injustificable a los derechos de privacidad?

tamizaje de VIH (*VIH screening*) en los servicios médicos rutinarios y la práctica de la prueba a todas las mujeres embarazadas, a menos que ellas indiquen lo contrario (Wright y Katz, 2006).

Como se verá casi al final de este capítulo, creemos que todas las parejas que se hallan en el umbral de una nueva relación sexual deben considerar seriamente someterse a exámenes médicos y pruebas de laboratorio diseñadas para descartar el VIH o el sida y otras ITS antes de comenzar cualquier actividad sexual que pudiera ponerlos en riesgo de contraer la infección. El siguiente relato comunica la experiencia de un hombre en este tema:

Cuando comenzamos a salir y a conocernos mutuamente, mi futura esposa y yo hablamos sinceramente sobre nuestras relaciones anteriores. Ninguno de los dos había tenido contacto sexual con otra persona durante más de un año, y ambos confiábamos en que estábamos libres de enfermedades de transmisión sexual. Pero desde que nos enteramos de que el virus del VIH puede pasar desapercibido durante años en el cuerpo de una persona infectada, decidimos realizarnos la prueba del virus. Obtuvimos nuestras muestras de sangre al mismo tiempo y en la misma habitación, y posteriormente compartimos los resultados del laboratorio. Por fortuna, como esperábamos, ambos resultamos negativos. Este proceso, además de tranquilizarnos, nos brindó un sentido de confianza y respeto mutuos que ha prevalecido durante nuestro matrimonio. (Archivo de los autores.)

Desarrollo del sida

A medida que el VIH se reproduce e invade las células saludables del cuerpo de una persona contagiada, el sistema inmunológico pierde su capacidad para defender el cuerpo contra infecciones oportunistas. Por lo general, el periodo de incubación del VIH (es decir, el tiempo entre la infección y el inicio de una o más enfermedades graves y debilitadoras asociadas con el deterioro extremo del sistema inmunológico) es de ocho a 11 años en los adultos, con una duración promedio de 10 años. Sin embargo, un pequeño porcentaje de sujetos infectados permanece libre de síntomas durante periodos mucho más prolongados. Además, como veremos, las nuevas estrategias de tratamiento también pueden reducir considerablemente el progreso del VIH o del sida en individuos que tengan acceso a estos costosos tratamientos.

Las personas que tienen el sida completamente desarrollado pueden experimentar complicaciones que ponen en riesgo su vida. La enfermedad grave más común en los sujetos infectados, y una de las que ocasiona muchas muertes de sida, es la neumonía provocada por el crecimiento excesivo del protozoo *Pneumocystis carinii*, el cual habita normalmente en los pulmones de personas sanas. Otras infecciones oportunistas asociadas son la tuberculosis, la encefalitis (infección viral del cerebro), graves micosis que ocasionan un tipo de meningitis, enfermedades por salmonella (afecciones bacterianas) y la toxoplasmosis (causada por un protozoo). El cuerpo también queda vulnerable a cánceres, como los linfomas (cáncer del sistema linfático), el cervicouterino y el sarcoma de Kaposi, el más común en pacientes de sida masculinos, el cual afecta la piel y también puede llegar a órganos internos.

Antes de la aparición de los tratamientos antirretrovirales ultramejorados, una vez que las personas con sida desarrollaban alguna enfermedad que amenazaba su vida, como neumonía o cáncer, ésta tendía a transcurrir con gran rapidez. Por lo general, la muerte sobrevinía en un lapso de dos años tanto en hombres como en mujeres (Suligoi, 1997). Además, la mayoría de quienes desarrollaron el sida al comienzo de



© A Reisinger/Woodfin Camp & Associates

El sarcoma de Kaposi, mostrado aquí con sus lesiones características en la piel, es el cáncer que más padecen los hombres con sida.

la epidemia en Estados Unidos, ya murieron. Sin embargo, en 1996 (el primer año en que bajó la tasa de muertes desde el inicio de la epidemia) comenzó una importante disminución en la tasa de mortalidad y ha continuado hasta nuestros días. Esta reducción se debió principalmente a una mejora en las terapias de combinación de medicamentos, la cual discutiremos en la siguiente sección.

También se han abatido los decesos de sida en otros países desarrollados que tienen los recursos para implementar terapias de medicamentos más efectivas. Por desgracia, esta disminución no está ocurriendo en los países en desarrollo, especialmente en los de África, Asia y el Caribe, donde el número de infecciones y de muertes sigue aumentando. El alto costo y las dificultades para administrar las nuevas y mejores terapias son barreras para el uso efectivo de estos tratamientos en los países pobres. En el África subsahariana, sólo cerca de 11% de las personas que necesitan el tratamiento antirretroviral lo está recibiendo (Lampthey y colaboradores, 2006).

Tratamiento

Al momento de escribir estas líneas, aún no hay cura para el sida. Sin embargo, miles de científicos están participando en un esfuerzo mundial sin precedente para al fin curar o prevenir esta terrible enfermedad. Esta guerra se está librando en varios frentes, incluyendo intentos por desarrollar medicamentos antirretrovirales que exterminen o al menos neutralicen el virus, así como esfuerzos por crear una vacuna efectiva en su contra.

Como vimos anteriormente, el VIH está clasificado como un retrovirus porque, después de invadir una célula viva, actúa a la inversa, usando una enzima llamada *transcriptasa inversa* o *retrotranscriptasa*. Esta enzima transcribe el ARN viral en ADN, el cual realiza entonces la síntesis del letal ARN del VIH. Éste también codifica otra enzima, llamada *proteasa* (metabolizador de proteínas), que es igualmente fundamental para su reproducción. Una vez que el VIH invade la célula CD4 huésped, se apodera del material genético y de la capacidad de reproducción de dicha célula, produciendo virus adicionales para infectar otras células. Durante este proceso, el virus mata la célula huésped e inyecta copias de su propio ARN letal en la sangre para invadir otras células sanas.

Hasta la fecha, las estrategias de tratamiento se han enfocado en intervenciones con medicamentos diseñados para bloquear la proliferación y diseminación del VIH en el sistema inmunológico y otros tejidos y órganos corporales. Hasta mediados de la década de 1990 la principal clase de medicamentos utilizados para combatirlo eran productos que inhibían la acción de la enzima transcriptasa inversa (TI). Estos inhibidores fueron diseñados para impedir que el virus copiara su propio material genético y produjera más virus. En 1996 se logró un gran avance en la terapia a base de fármacos con la aparición de una nueva clase de productos que inhiben la enzima proteasa del VIH, que es utilizada por el virus para formar nuevas copias de sí mismo. Cuando un medicamento inhibidor de la proteasa (IP) se combinaba con dos medicamentos inhibidores de la TI en ensayos clínicos anteriores, la mezcla reducía la carga viral en la sangre a niveles mínimos o indetectables en la mayoría de los pacientes (Louis y colaboradores, 1997; Wong y colaboradores, 1997).

Terapia antirretroviral altamente activa

El uso de una composición de tres o más medicamentos para combatir el VIH, que inicialmente se conocía como combinación o terapia de triple medicamento (o en la jerga popular, “coctel para el VIH”), ahora se conoce como **terapia antirretroviral altamente activa** (HAART, por sus siglas en inglés). La mayoría de los médicos comienza el tratamiento ya sea con una combinación de tres TI o de dos TI y un IP, de acuerdo con las últimas recomendaciones de los institutos de salud estadounidenses y de los CDC.

Por lo general se coincide en que la HAART se debe administrar a cualquier persona contagiada cuyo conteo de CD4 sea menor a 200, o a cualquier sujeto que manifieste

Terapia antirretroviral altamente activa
(HAART) Estrategia para tratar a personas infectadas de VIH con tres o más medicamentos antirretrovirales.

enfermedades sintomáticas (como infecciones o cánceres asociados con el VIH o el sida). Sin embargo, decidir la etapa óptima de la infección en la que se debe iniciar esta terapia en personas con conteos de CD4 superiores a 200 que sean asintomáticas es un asunto complicado que aún se está debatiendo (Ahdieh-Grant y colaboradores, 2003; Khalsa, 2006). Los beneficios y riesgos potenciales de las terapias temprana o tardía deben ser evaluados tanto por el médico como por el paciente. La **tabla 15.2** proporciona un resumen de estos beneficios y riesgos potenciales.

En Estados Unidos y otros países desarrollados, la HAART ha sido un régimen de tratamiento efectivo para muchos pacientes con VIH o sida. Varios estudios han demostrado que, cuando se administra adecuadamente, la terapia puede inhibir la duplicación del VIH y reducir la carga viral a un nivel indetectable, mejorar la función inmunológica y retrasar el avance de la enfermedad (Centros para el Control de Enfermedades, 2006; Gallant y colaboradores, 2006; Gandhi y colaboradores, 2006).

Los excelentes resultados clínicos producidos por la HAART en los primeros años de su implementación provocaron una oleada de optimismo de que este avance en la terapia antirretroviral pudiera no sólo retrasar el avance del VIH o el sida, sino también erradicar el virus. Por desgracia, como veremos, estas primeras proyecciones fueron demasiado optimistas.

El éxito de la HAART depende directamente de la capacidad de las personas para apegarse consistente y correctamente a los complicados programas de medicación durante largos periodos. Por desgracia, el apego de los pacientes al régimen no suele ser muy bueno (Starace y colaboradores, 2006).

Una gran desventaja de la HAART que influye en el apego es la toxicidad de los medicamentos. Con frecuencia, la poca observancia es provocada por los efectos secundarios que desatan, incluyendo anemia, insomnio, úlceras bucales, diarrea, inflamación del páncreas, dificultades respiratorias, alteraciones metabólicas, aumento del colesterol, altos niveles de triglicéridos (factores de riesgo importantes para enfermedades cardiovasculares), malestar gastrointestinal, daño hepático, exceso de acumulación de grasas en áreas como el abdomen, la región dorsal y el pecho, atrofia de la

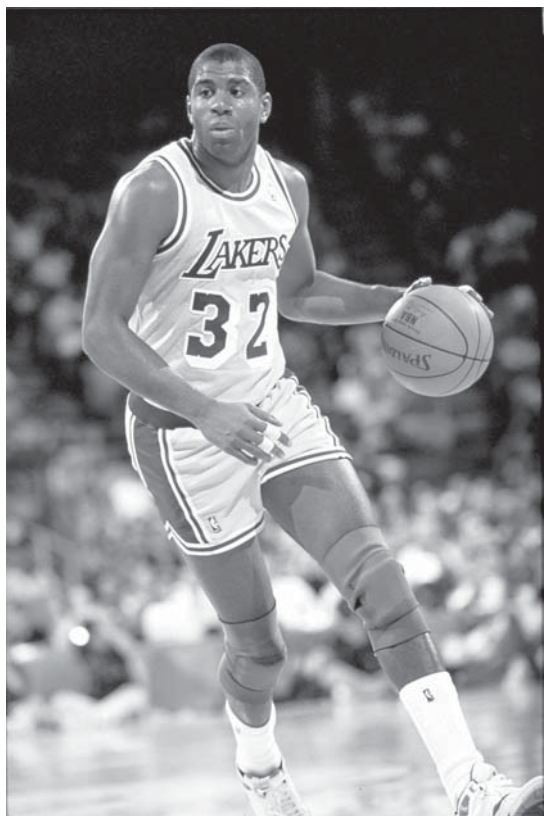


TABLA 15.2

Beneficios y riesgos potenciales del inicio temprano o tardío de la HAART para personas infectadas con VIH asintomáticas

Beneficios potenciales del tratamiento temprano	Riesgos potenciales del tratamiento temprano	Beneficios potenciales del tratamiento tardío	Riesgos potenciales del tratamiento tardío
• Supresión temprana de la replicación viral. • Preservación de la función inmunológica. • Prolongación de la vida libre de la enfermedad. • Disminución del riesgo de transmitir el VIH a otros.	• Efectos adversos de la HAART en la calidad de vida. • Desapego a la HAART con el correr del tiempo debido a los inconvenientes y complicados regímenes de medicamentos. • Desarrollo de resistencia a los medicamentos debido al no óptimo apego a la HAART. • Limitación de opciones de tratamiento futuro como resultado del ciclo prematuro de un paciente a través de los medicamentos disponibles. • Desarrollo de cepas de VIH resistentes a los medicamentos. • Aparición de graves efectos secundarios por los fármacos.	• Reducción al mínimo de los efectos secundarios de los medicamentos y de los efectos negativos del tratamiento en la calidad de vida. • Retraso en el desarrollo de resistencia a los medicamentos antivirales. • Preservación de las opciones de tratamiento (es decir, reservar el número limitado de fármacos disponibles para más adelante en el curso de la enfermedad del VIH).	• Posibilidad de daño irreversible para el sistema inmunológico, el cual se hubiera podido evitar con el tratamiento temprano. • Posibilidad de que suprimir de la replicación viral sea más difícil en una etapa posterior de la enfermedad. • Aumento del riesgo de transmitir el VIH a otras personas durante un periodo más largo sin tratamiento.

Fuentes: Ahdieh-Grant et al. (2003) y Centros para el Control de Enfermedades (2002a).



© Stephen Dunn/Getty Images

En 1991, Earvin (*Magic*) Johnson, estrella del equipo de basketbol Lakers de Los Ángeles, anunció que se había infectado con el VIH mediante contacto heterosexual. Para abril de 1997, la HAART había reducido el VIH a niveles indetectables en su cuerpo.

grasa de la cara, piernas y brazos, así como erupciones cutáneas (Chesney, 2003; Hawkins, 2006). Algunos de estos efectos secundarios pueden ser tan graves, que las personas afectadas no son capaces de tolerar la HAART.

La falta de apego a la terapia debido a la complejidad de las dosis y/o a los efectos secundarios por la toxicidad de los medicamentos puede dar como resultado un tratamiento nada óptimo, su fracaso rotundo y el desarrollo de variedades de VIH resistentes a los fármacos (Novak y colaboradores, 2005; Starace y colaboradores, 2006). Recientes mejoras en el programa de medicación (por ejemplo, una o dos veces al día en lugar de tres) y la reducción en la cantidad de píldoras (por ejemplo, combinar dos o tres fórmulas en una pastilla) han dado como resultado un mayor apego a la terapia. En julio de 2006 la FDA aprobó el primer medicamento HAART del mundo en una sola píldora y en una sola toma. Esta nueva gragea combinada, llamada Atripla, representa un hito médico en el tratamiento del VIH o el sida.

El tratamiento fallido, definido como medicamentos HAART que ya no suprimen las cargas virales, puede ocurrir incluso en personas que siguen correctamente el régimen prescrito (Centros para el Control de Enfermedades, 2000a; Kaufmann y colaboradores, 2000). Cuando ocurre el tratamiento fallido, por lo general se cambia a los pacientes a otra combinación de tres medicamentos en regímenes HAART establecidos, la cual logra restablecer la supresión de la carga viral.

Otro problema que surgió en años recientes redujo aún más el optimismo y el entusiasmo de los primeros años de este protocolo de tratamiento. Ahora está claro que la HAART no erradica el VIH de las reservas latentes o silenciosas del cerebro, de los nódulos linfáticos, intestinos y otros tejidos, células y órganos donde el virus puede residir sin ser detectado e intacto, aun cuando las cargas virales en el plasma sanguíneo caigan a niveles mínimos o indetectables (Chesney, 2003). Una vez que se abandona el tratamiento con el régimen HAART o se ve seriamente comprometido porque el paciente está muy afectado por los efectos secundarios tóxicos o muy confundido por la complejidad de los regímenes de medicación, el virus alojado en estas reservas letales regresa, o muta, dando como resultado variedades de VIH que son menos susceptibles a los fármacos HAART.

En una nota más positiva, las cargas virales aminoradas y sostenidamente bajas que resultan del tratamiento exitoso, “reducen sustancialmente la probabilidad de transmisión del VIH” (Centros para el Control de Enfermedades, 2002a). Sin embargo, a pesar de la fuerte asociación entre el riesgo reducido para la transmisión del VIH y las cargas virales sostenidamente bajas, una persona puede contagiar el virus en cualquier momento después de infectarse, incluso mientras está bajo un tratamiento HAART exitoso (Centros para el Control de Enfermedades, 2002a). Por ello, éste no es un sustituto de una conducta sexual más segura o de la abstinencia.

¿La disponibilidad de la HAART ha influido en las personas VIH negativas para que cambien sus conductas sexuales? ¿Las personas que están bajo este régimen cambian sus conductas sexuales después de iniciar el tratamiento? Las evidencias reunidas en los primeros años de la HAART indican que por lo menos algunos hombres homosexuales y bisexuales VIH negativos incrementaron sus conductas sexuales riesgosas, debido tal vez a la disponibilidad de este régimen de tratamiento (Dilley y colaboradores, 1997; Kelly y colaboradores, 1998). Estudios más recientes han confirmado una continuación de esta tendencia entre hombres homosexuales y bisexuales de tomar más riesgos sexuales como resultado, al menos en parte, del tratamiento mejorado contra el VIH o el sida (Brewer y colaboradores, 2006; Peterson y Bakeman, 2006; Stolte y colaboradores, 2006).

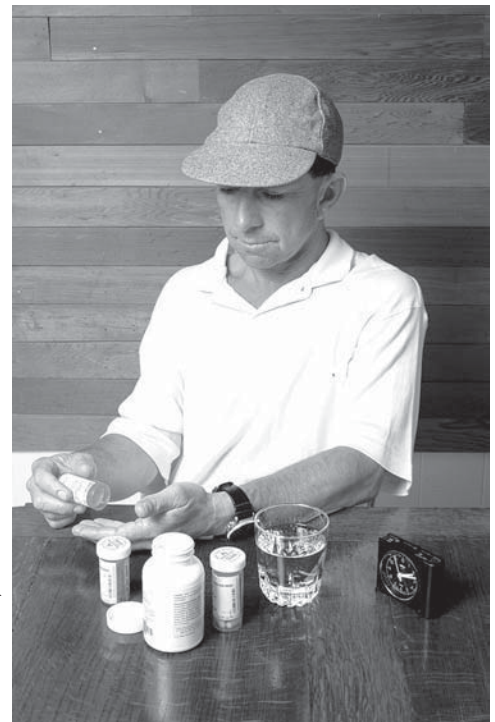
No obstante, muchas personas que saben que están infectadas se abstienen de tener conductas sexuales riesgosas. Dos estudios recientes —uno con una muestra de HSH con VIH provenientes de 16 estados y el otro con una muestra representativa de la población adulta estadounidense en tratamiento para el VIH o el sida— demostraron que 31% de los HSH y 32% de los adultos encuestados en el estudio más grande estaban manteniendo una “abstinencia deliberada” y evitaron contacto vaginal, anal u oral desde seis meses a un año anteriores (Bogart y colaboradores, 2006). Sin embargo, algunos individuos seropositivos siguen comportándose de una manera sexualmente imprudente, como lo demuestra un trabajo realizado en varias áreas urbanas grandes de Estados Unidos, el cual indica que “la tasa general de relaciones sexuales sin protección entre personas que tienen sida es de 33%” (Heckman y colaboradores, 2003, p. 134).

Terapia con medicamentos para prevenir la transmisión del VIH de una madre a su hijo

En 1994, las investigaciones demostraron que la zidovudina, un medicamento inhibidor TI administrado tanto a madres con VIH como a sus recién nacidos, redujo en dos tercios la transmisión perinatal de madre a hijo (TMH) (Connor y colaboradores, 1994). En agosto de 1994 el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos recomendó este fármaco para reducir la TMH del VIH. El protocolo de tratamiento estándar consiste en administrar zidovudina oralmente a mujeres embarazadas, comenzando entre la semana 14 y la 34 de gestación, de manera intravenosa durante el parto, y en forma oral a los recién nacidos durante sus primeras seis semanas de vida (Thaker y Snow, 2003). Desde 1994 el número de infantes infectados a través de su madre ha disminuido considerablemente en el país, debido en gran parte al uso extendido del régimen de tratamiento con zidovudina, el cual previene la TMH en la mayoría de los casos (Minkoff, 2003).

El éxito de este relativamente largo y complejo régimen de zidovudina ha motivado la búsqueda de un tratamiento antirretroviral corto menos costoso y más práctico y efectivo. Estudios recientes en Sudáfrica y Uganda demostraron que los infantes a los que se les administró 1) una sola dosis del medicamento inhibidor TI nevirapina dentro de las 24 horas posteriores a su nacimiento, o 2) un régimen corto con este medicamento, tuvieron una excelente protección contra la infección del VIH (Altman, 2002; Centros para el Control de Enfermedades, 2005f; D. Moodley y colaboradores, 2003). Como una sola dosis o un régimen corto de nevirapina son mucho menos costosos que el más largo y más complejo con zidovudina, muchos países con recursos limitados ya están utilizando nevirapina para reducir la TMH del VIH. Recientemente, otro antirretroviral, el cotrimoxazol, también ha demostrado ser efectivo para prevenir la transmisión del virus (Lamprey y colaboradores, 2006).

Prevenir la TMH perinatal no elimina sin embargo la posibilidad de una posterior transmisión del virus de una madre a su hijo mediante la lactancia. La información general indica que de un tercio a la mitad de todas las infecciones del VIH en infantes ocurren con la crianza de pecho (Rousseau y colaboradores, 2003). Por desgracia, no hay un régimen terapéutico que reduzca considerablemente la TMH mediante la lactancia (Rousseau y colaboradores, 2003). Las autoridades sanitarias confían en que la presentación de alternativas, como un sustituto para la leche materna o el rápido destete ayudarán a reducir la transmisión del VIH por esta vía. Desafortunadamente las alternativas son a menudo incosteables o no son deseables debido al agua contaminada en los países pobres donde la lactancia (sin importar el estatus del VIH de la madre) sigue siendo la forma más común de alimentar a los bebés (Rousseau y colaboradores, 2003).



© Felicia Martinez/PhotoEdit

Los pacientes que se someten a la HAART deben apegarse estrictamente a un rígido y complejo régimen que por lo general consiste en tomar grandes dosis diarias de medicamentos en distintos intervalos de tiempo.

La búsqueda de una vacuna

Cerraremos esta sección del tratamiento con una actualización sobre los esfuerzos para desarrollar una vacuna efectiva contra el VIH. La producción de una vacuna segura, efectiva y accesible es una prioridad de salud pública global y queda la esperanza de que en el futuro se pueda mantener bajo control la pandemia mundial del VIH o del sida.

Hay dos grandes categorías de vacunas: 1) aquellas que previenen la infección inicial (vacunas profilácticas), y 2) aquellas que retrasan o previenen el avance de la enfermedad en personas ya infectadas (vacunas terapéuticas). A pesar de los vastos esfuerzos, los investigadores no han podido desarrollar vacunas de cualquiera de las dos categorías que sean totalmente efectivas.

Sin embargo, los recientes desarrollos en la investigación contra el VIH han sido favorables. Por ejemplo, se está generando un número cada vez mayor de candidatos a vacunas (más de 30 en 2005), y varias pruebas importantes sobre la efectividad de esos candidatos proporcionan una base para albergar esperanzas de éxito futuro en esta área crítica de investigación (Lamprey y colaboradores, 2006). Los investigadores enfrentan varios problemas, como la ausencia de un modelo animal ideal para la investigación y los hechos combinados de que el VIH es muy complicado, está presente en múltiples variedades y cambia con rapidez mediante una mutación genética (Hu y colaboradores, 2003; Prabu-Jeyabalan y colaboradores, 2003).

Hasta la fecha, se han probado varias vacunas terapéuticas en estudios a pequeña escala con humanos, las cuales han sido poco efectivas. Esperamos que los esfuerzos continuos en esta área produzcan más resultados positivos. Las vacunas profilácticas se están probando en varios países (Coalición para una Vacuna contra el Sida [AVAC, por sus siglas en inglés], 2006).

Por el bien de la población mundial, en especial la de los países en desarrollo donde los gastos de salud per cápita limitan el uso de terapias con medicamentos costosos, sólo podemos esperar que pronto haya vacunas efectivas y de bajo costo. Lamentablemente, el tiempo para encontrar una efectiva parece acortar los años y “la realidad es que estamos ante una misión de largo plazo” (Coalición para una Vacuna contra el Sida, 2006, p. 1).

Prevención

La única manera segura de no contraer el VIH *sexualmente* es evitar todas las variantes de contacto sexual interpersonal que lo pongan a uno en riesgo de contagio, o tener una relación monógama y mutuamente confiable con una pareja no infectada. Si no existe ninguna de estas condiciones, una persona sensata actuará de una forma que reduzca considerablemente el riesgo de contraer el VIH.

Las prácticas de sexo seguro que atenúan la posibilidad de adquirir el VIH y otras ITS se describen con cierto detalle en la última sección de este capítulo. La mayoría de estos métodos preventivos son directamente aplicables al VIH. Sin embargo, es importante precisar que cualquier estrategia que aminore su riesgo de desarrollar las otras ITS explicadas anteriormente también reducirá su riesgo de infección del VIH debido a la relación que guardan el VIH o el sida y las demás ITS. Las investigaciones realizadas en todo el mundo han demostrado que el peligro de contraer el VIH es elevado en personas que tienen otras ITS, como herpes genital, gonorrea, sífilis, clamidia y tricomoniasis (Celum y colaboradores, 2006; Todd y colaboradores, 2006). Las ITS que causan úlceras genitales, como el herpes y la sífilis, han demostrado la más alta relación con la infección del VIH en Norteamérica y África, porque las úlceras permiten el fácil acceso del virus al torrente sanguíneo. Las infecciones de herpes son la causa principal de úlceras genitales en África (Paz-Bailey y colaboradores, 2006) y el factor de riesgo más importante para el contagio del VIH (Todd y colaboradores, 2006).

Más allá de las estrategias obvias de usar consistente y correctamente condones de látex y evitar el contacto sexual con varias parejas o con individuos en alto riesgo de contraer el VIH, en la siguiente lista se proporcionan sugerencias muy importantes para



evitar la infección. Observe que varias de estas sugerencias, como evitar el contacto oral con el semen y los fluidos vaginales, son menos relevantes para dos personas sanas con una relación monógama y que usan el sentido común para evaluar qué tiene una mayor probabilidad de ser más riesgoso para ellas.

1. Si consume drogas inyectadas, no comparta las agujas o jeringas (hervirlas no garantiza la esterilización). Si las comparte, use blanqueador para esterilizarlas. Sin embargo, observe que las investigaciones han revelado que el blanqueador tiene una efectividad limitada para la desinfección del equipo de inyección (Lurie y Drucker, 1997).
2. Los consumidores de drogas inyectadas pueden checar en los departamentos de salud locales si existe un programa de intercambio de agujas o jeringas. Se ha demostrado que estos programas, que las proporcionan limpias a cambio de las usadas, han reducido la propagación del VIH y otras infecciones transmitidas por la sangre entre los consumidores de drogas inyectadas de alto riesgo (Centros para el Control de Enfermedades, 2005e).
3. Evite el contacto oral, vaginal o anal con el semen.
4. Evite el sexo anal, ya que es una de las conductas sexuales relacionadas con la transmisión del VIH más riesgosas (Abner y colaboradores, 2005; Calzavara y colaboradores, 2003).
5. No practique la inserción de los dedos o el puño (*fisting*) en el ano como pareja activa o receptiva. Las uñas de los dedos pueden causar desgarres en el tejido rectal, creando así una ruta para que el VIH penetre en la sangre.
6. Evite el contacto oral con el ano (una práctica conocida con el término inglés *rimming*; en español se le conoce como *beso negro*).
7. Evite el contacto oral con los fluidos vaginales.
8. No permita que la orina de su pareja entre en su boca, ano, vagina, ojos, cortadas o ulceraciones abiertas.
9. Evite el contacto sexual durante la menstruación. Las mujeres infectadas con VIH tienen un riesgo mayor de transmitir la infección mediante las relaciones sexuales durante su periodo (Royce y colaboradores, 1997).
10. No comparta hojas de afeitar, cepillos de dientes u otros implementos que pudieran contaminarse con sangre (Khalsa, 2006).
11. En vista de que hay una remota posibilidad de que el VIH se pueda transmitir mediante un beso prolongado con la boca abierta, es recomendable que evite esta actividad. No hay riesgo de transmitirlo mediante besos con la boca cerrada.
12. Evite el contacto sexual con sexoservidores (hombres o mujeres). Las investigaciones indican que éstos tienen tasas inusualmente altas de infección de VIH (Lampthey y colaboradores, 2006). ■

Todos estos métodos preventivos se enfocan en evitar la exposición al virus. Recientemente el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos emitió pautas en el uso de medicamentos antirretrovirales para prevenir la infección del VIH después de tener relaciones sexuales o estar expuesto al consumo de drogas inyectadas de manera imprevista. Estas pautas indican que una HAART de 28 días de duración comenzada inmediatamente después de la exposición puede reducir de manera importante el riesgo de infección (Centros para el Control de Enfermedades, 2005f). En la actualidad, varios departamentos de salud, clínicas y doctores particulares de Estados Unidos están proporcionando profilaxis posexposición (PEP, por sus siglas en inglés) mediante la HAART después de la exposición imprevista al VIH. Algunos científicos creen que la profilaxis preexposición (PREP, por sus siglas en inglés) mediante una píldora al día también puede ser una opción viable. Esta posibilidad se explica en el recuadro “Una píldora diaria para prevenir la infección del VIH” de la siguiente página.

Actualmente, la mejor posibilidad para reducir la propagación del VIH es mediante la educación y el cambio de conducta. Como tal vez no haya pronto una va-

Una píldora diaria para prevenir la infección del VIH

¿Las personas no infectadas pueden tomar una píldora una vez al día para prevenir el contagio del VIH? Varios expertos creen que la profilaxis preexposición (PREP) con una ingesta diaria de tenofovir (un inhibidor de la transcriptasa inversa) puede cumplir esta meta (Coalición para una Vacuna contra el Sida, 2006; Lamptey y colaboradores, 2006). Las investigaciones han demostrado que el tenofovir puede reducir el riesgo de infección de VIH (virus de inmunodeficiencia humana) en monos si se les administra antes de la exposición al virus (Koen y colaboradores, 2001, 2002). Las investigaciones realizadas en personas infectadas con VIH han mostrado que el tenofovir tomado una vez al día tiene pocos efectos secundarios (Lamptey y colaboradores, 2006). Sin embargo, no se conocen los efectos a largo plazo de las dosis diarias de este medicamento (Coalición para una Vacuna contra el Sida, 2006).

Algunos profesionales de la salud han sugerido que la PREP puede tener muchas ventajas para las personas no infectadas cuyas principales parejas sí lo están, para las personas que no quieran usar el condón y para los trabajadores sexuales

que con frecuencia están expuestos al VIH. Los investigadores conductuales también han expresado su inquietud de que las personas que utilicen la PREP se preocupen menos por la infección y por lo tanto dejen de protegerse con conductas sexuales más seguras. Si un medicamento para PREP proporciona menos de 100% de protección (una certeza aproximada) o se toma de manera inconsistente, la PREP podría incrementar en lugar de disminuir el riesgo de infección. Estas y otras preocupaciones dieron como resultado la prematura finalización de ensayos clínicos con tenofovir realizados en Camboya, Nigeria y Camerún. Sin embargo, recientemente se iniciaron nuevos trabajos clínicos en siete países para determinar si el tenofovir puede proteger a las personas de la infección del VIH (Coalición para una Vacuna contra el Sida, 2006; Lamptey y colaboradores, 2006). Los expertos también están investigando el potencial de la PREP del tenofovir administrado con otro medicamento antirretroviral, la emtricitabina (Marchione, 2006).

cuna efectiva ni una cura a base de medicamentos, la única estrategia viable para atenuar esta pandemia es contrarrestar la exposición mediante la educación sobre la prevención efectiva y las estrategias de reducción de riesgo (Hoxworth y colaboradores, 2003). Un gran número de estudios publicados sobre varias estrategias de prevención, dirigidas a un amplio espectro de poblaciones, han proporcionado hallazgos promisorios, los cuales indican que las exhaustivas intervenciones educativas suelen ser efectivas para reducir las conductas riesgosas que incrementan la vulnerabilidad a la infección (Albarracín y colaboradores, 2003; DiClemente y Wingwood, 2003; Johnson y colaboradores, 2003).

Un reciente meta-análisis (procedimiento estadístico complejo para analizar colectivamente los datos de muchos estudios) de 46 investigaciones en las que se evaluó la efectividad de la comunicación persuasiva en la prevención del VIH, descubrió que varias estrategias de este tipo dieron como resultado un incremento en la conducta sexual más segura, especialmente en el uso del condón (Albarracín y colaboradores, 2003). Dos de las estrategias más efectivas fueron: 1) mensajes diseñados para enseñar a las personas acciones sobre el uso exitoso del condón, por ejemplo, cómo negociar con parejas que se niegan a usarlos, y 2) mensajes relativos a la actitud que describían claramente los resultados preventivos de utilizar el preservativo. Otro meta-análisis reciente de 44 estudios sobre estrategias de prevención aplicados a adolescentes encontró que varias intervenciones conductuales exhaustivas reducen el riesgo de VIH mediante la consecución de los siguientes objetivos: 1) aumentar el uso del condón; 2) mejorar la comunicación sexual entre los miembros de la pareja; 3) retrasar el debut sexual, es decir, la primera relación sexual; 4) reducir el número de parejas sexuales, y 5) incrementar el conocimiento general y las habilidades para aplicar tácticas de prevención (Johnson y colaboradores, 2003).

Los hallazgos de estos dos meta-análisis demuestran que las intervenciones para la prevención del VIH pueden dar como resultado conductas sexuales más seguras. Dada la ausencia de una cura o de una vacuna efectiva, estos esfuerzos educativos proporcionan las mejores herramientas en la actual respuesta mundial hacia esa devastadora enfermedad.

❶ **Cómo prevenir las enfermedades de transmisión sexual**

Se han impulsado muchas estrategias para reducir la propagación de las ITS, las cuales van desde intentar desalentar la actividad sexual en la gente joven, hasta proporcionar un fácil acceso público a la información acerca de sus síntomas, junto con tratamientos médicos gratuitos. Por desgracia, los esfuerzos de los organismos de salud pública para detener la rápida propagación de las ITS no han tenido mucho éxito. Por esta razón, es doblemente importante destacar varias medidas preventivas específicas a las que puede comprometerse un individuo o una pareja.

Obviamente, la abstinencia del sexo en pareja es una de las formas prácticamente infalibles de evitar una ITS. Tener una relación monógama y estar libre de la enfermedad, y vincularse con una pareja que también lo esté es otra manera de prevenir una ITS. Sin embargo, en ocasiones es difícil para las personas evaluar el estatus de riesgo de enfermedad de sus parejas actuales o posibles y, por esa razón, determinar qué tan dispuestas están éstas a tener una relación monógama.

Tener una charla franca y abierta antes de la primera relación sexual puede parecer difícil y embarazoso. Sin embargo, en esta era de epidemia de ITS que minan la salud y amenazan la vida, dicha plática es esencial para hacer juicios razonables que tengan consecuencias profundas en su bienestar físico y psicológico. Por ello, abordaremos primero este tema en nuestra descripción de pautas para la prevención.

Pautas para la prevención

Veremos varios métodos de prevención (pasos que se pueden realizar antes, durante o inmediatamente después del contacto sexual para reducir la probabilidad de contraer una ITS). Muchos de ellos son efectivos contra la transmisión de diversas enfermedades. Varios son aplicables a los contactos oral-genital y anal-genital, además de la interacción genital-genital. Ninguno de los métodos es 100% efectivo, pero cada uno puede reducir de manera considerable las probabilidades de infección. Más aún —y esto no se puede dejar de recalcar—, el uso de medidas preventivas puede ayudar a reducir la rápida propagación de las ITS. Como muchas personas infectadas tienen contacto sexual con una o más parejas antes de darse cuenta de que tienen la enfermedad y busquen tratamiento, la mejora en la prevención y no un mejor tratamiento parece ser la clave para reducir estos efectos desagradables de la expresión sexual.

Evalúe su estatus de riesgo y el de su pareja

Como resultado de su preocupación por contraer una ITS, usted puede enfocarse comprensiblemente en evaluar el estatus de riesgo de una posible pareja. Sin embargo, al hacerlo puede pasar por alto la necesidad igualmente importante de evaluar su propio estatus de riesgo. Si ha tenido relaciones sexuales con otras personas, ¿existe alguna posibilidad de que haya contraído una ITS de ellas? ¿Se ha realizado una prueba de ITS en general y no sólo para un agente infeccioso específico? Recuerde que muchas de las infecciones que vimos en este capítulo generan pequeños síntomas o síntomas imperceptibles en una persona infectada. Si le interesa lo suficiente intimar sexualmente con una nueva pareja, ¿no es razonable que también deba estar abierto y dispuesto a compartir información sobre su propia salud sexual?

Algunos expertos sostienen que uno de los mensajes de prevención de las ITS más importantes que se deben transmitir a las personas es que se tomen su tiempo, varios meses de preferencia, para conocer a sus posibles parejas sexuales antes de tener relaciones sexuales. Por desgracia, las investigaciones indican que la comunicación efectiva sobre factores de riesgo y conductas sexuales más seguras “parece ser más una excepción que una regla en las parejas que apenas se están conociendo”

(Buysse e Ickes, 1999, p. 121). Lo exhortamos a que se tome su tiempo para desarrollar una relación cálida y afectuosa en la que la empatía y la confianza mutuas sean los ingredientes principales. Utilice este tiempo para comunicarle a la otra persona cualquier información importante acerca de su historial sexual concerniente a su estatus de riesgo, y para preguntarle sobre su conducta actual o pasada en las áreas de sexo y consumo de drogas inyectadas. Como vimos en el capítulo 7, la exteriorización de lo que usted siente puede ser una estrategia efectiva para lograr que su pareja se abra. Por ello, podría comenzar su plática sobre estas cuestiones explicando por qué piensa que el intercambio de información es de vital importancia en la era del Sida, y luego compartir información sobre su propio historial sexual.

Conocer a alguien lo suficiente como para creer en sus respuestas a estas importantes preguntas significa tomarse el tiempo para evaluar la honestidad e integridad de esa persona en varias situaciones. Si observa que su posible pareja le miente a sus amistades, familiares o a usted acerca de otras cuestiones, quizá deba preguntarse sobre la veracidad de sus respuestas a las preguntas de evaluación del riesgo.

Las investigaciones sugieren que no podemos dar por hecho que una potencial pareja sexual siempre revelará con exactitud su estatus de riesgo ante las ITS. En un estudio se encontró que un gran porcentaje tanto de hombres como de mujeres dijeron que no habían sido completamente honestos cuando se les preguntó sobre su historial sexual y de consumo de drogas. De los más de 400 estudiantes universitarios del sur de California encuestados y que ya habían tenido relaciones sexuales, 35% de los hombres y 10% de las mujeres dijeron que para tener sexo habían mentido sobre cuestiones como el riesgo de embarazo y otras implicaciones sexuales. Además, 47% de los hombres y 42% de las mujeres reconocieron que reportaron menos parejas sexuales anteriores de las que en realidad tuvieron. Finalmente, 20% de los hombres y 4% de las mujeres indicaron que mintieron al decir que se habían practicado la prueba del VIH y habían resultado negativos (Cochran y Mays, 1990). En otra encuesta con 169 estudiantes de una universidad grande del medio oeste de Estados Unidos, aproximadamente 30% de los hombres y 6% de las mujeres admitieron que habían mentido para tener sexo (Stebbleton y Rothenberger, 1993). En otro estudio, los investigadores encontraron que 40% de 203 hombres y mujeres infectados con VIH no habían revelado su estatus a todas sus parejas sexuales en los

seis meses previos. De los que no lo habían hecho, la mitad no se lo dijo a su única pareja. Más aún, de los que no habían revelado su condición, sólo 42% usaba condón con regularidad (Stein y colaboradores, 1998).

Obtenga exámenes médicos anteriores

Aun cuando las personas sean completamente honestas acerca de su historial sexual, no es posible estar seguro de que sus parejas anteriores hayan sido honestas con ellas o, para el caso, de que le hayan preguntado a las mismas su estatus de riesgo de ITS. En vista de lo anterior, exhortamos a las parejas que quieran comenzar una relación sexual a que se abstengan de cualquier actividad que las ponga en riesgo de contraer una ITS hasta que ambos integrantes se hayan realizado exámenes médicos y pruebas de laboratorio diseñados para descartar todas las ITS, incluyendo el VIH. Llevar a cabo este paso no sólo reduce la probabilidad de contraer una enfermedad, sino que también contribuye a generar un sentido de confianza y tranquilidad mutuas en la intimidad. Si el costo es un problema, póngase en contacto con el servicio de salud de su campus o con una clínica de salud pública de su área; en estos dos lugares pueden realizarle exámenes y pruebas de laboratorio gratuitos o a precios acordes con su estatus económico.

Los departamentos de salud proporcionan exámenes y tratamientos para las ITS.



Ryan McVay/Getty Images

Use condón

Durante décadas se ha sabido que el uso correcto y consistente del condón ayuda a prevenir la transmisión de muchas ITS. Éste es una de las grandes ayudas subestimadas para la interacción sexual. Cuando los condones de látex masculinos se usan de manera correcta y consistente, son efectivos para prevenir la transmisión sexual del VIH, y reducen el riesgo de contagio de otras ITS, como la clamidia, la gonorrea, la UNG, la vaginosis bacteriana y la tricomoniasis, que también se propagan a través de los fluidos de las superficies mucosas. Sin embargo, son menos efectivos para prevenir infecciones que se transmiten por contacto de piel a piel, como la sífilis, el VHS y el VPH, y son inútiles para combatir los piojos públicos y la sarna. Los preservativos hechos de intestino de oveja (también conocidos como “condones de piel natural”) tienen pequeños poros que pueden permitir el paso de algunas ITS, como el VIH, el VHS y los virus de la hepatitis.

Desgraciadamente, el valor comprobado del profiláctico para reducir la propagación del VIH y el sida en África fue subestimado recientemente por un cambio en la política estadounidense durante la pasada administración de George W. Bush, el cual se explica en el recuadro titulado “La política estadounidense reduce la promoción del condón en África”.

Estudios de laboratorio indican que el condón femenino (véase el capítulo 10) es una barrera efectiva contra los virus, incluyendo el VIH. Si se utiliza de forma correcta y consistente, puede reducir sobremanera el riesgo de transmisión de algunas ITS. Cuando el uso del preservativo masculino no sea una opción, recomendamos a todos nuestros lectores el uso del condón femenino. Éste puede ser especialmente valioso para las mujeres sexualmente activas que están bajo un gran riesgo de contraer ITS de sus parejas masculinas que no están dispuestas a usar el condón consistentemente o de ninguna manera.

Hay evidencias de que los espermicidas vaginales ampliamente usados que contienen nonoxinol-9 (N-9) no son efectivos para prevenir la transmisión de clamidia, gonorrea o VIH (Roddy y colaboradores, 2002). De hecho, su uso frecuente ha sido relacionado con lesiones genitales en la vagina, lo que puede incrementar la vulnerabilidad a la infección del VIH transmitida durante las relaciones vaginales (Van Damme, 2000). Más aún, en investigaciones con animales se ha descubierto que el N-9 puede dañar las células que recubren el recto, abriendo así una entrada para el VIH y otras ITS (Phillips y colaboradores, 2000). Los CDC recomiendan no utilizar condones lubricados con el espermicida N-9.

Los métodos de barrera disponibles para prevenir la transmisión de ITS por lo general son desfavorables para las mujeres porque son controlados por el hombre (el condón masculino) o requieren su cooperación (el condón femenino). Por ello, los investigadores están buscando afeitosamente métodos de prevención de ITS que puedan ser controlados sólo por las mujeres. Estos esfuerzos se describen en el recuadro “Una nueva esperanza para prevenir las ITS: la búsqueda de microbicidas vaginales efectivos” de la siguiente página.

En la siguiente lista revisaremos el uso apropiado del condón.

- Guarde los condones en un lugar fresco y seco donde no les dé directamente la luz del sol.
- Elimine los condones cuya envoltura esté dañada o cuya fecha de caducidad haya expirado, así como los que estén quebradizos, pegajosos o decolorados, o los que muestren cualquier otro signo de antigüedad.



© Michael Newman/PhotoEdit

Los condones utilizados correctamente ayudan a prevenir la transmisión de muchas ITS, incluyendo el VIH.

La política estadounidense reduce la promoción del condón en África

En las dos últimas décadas, el modelo ABC (por sus siglas en inglés) de prevención del VIH y el sida ha sido ampliamente promovido por los profesionales de la salud en los países del África subsahariana. Ciertamente los tres componentes de este modelo, abstinencia para la juventud (*Abstinence*), ser fiel en las relaciones (*Be faithful*) y la promoción del condón (*Condom promotion*), tienen un lugar en los esfuerzos por detener la propagación de la pandemia. Sin embargo, muchos funcionarios de salubridad creen que la promoción del condón es el ingrediente esencial de los esfuerzos de prevención en las sociedades africanas donde los hombres suelen tener varias esposas y/o parejas sexuales, y donde los altos niveles de actividad sexual entre los jóvenes es la norma. Por desgracia, los cambios políticos implementados por el gobierno estadounidense han hecho que el modelo ABC sea controvertido y represente un serio obstáculo para los esfuerzos por controlar esta pandemia. En su momento “los funcionarios conservadores de Estados Unidos dejaron en claro la preferencia de la administración Bush por los métodos de sólo abstinencia y mostraron fuertes dudas sobre la conveniencia moral y ética de proporcionar condones como parte de los programas de prevención del sida, argumentando —erróneamente— que el condón puede propiciar el sexo prematuro y la promiscuidad sexual. Además, las autoridades estadounidenses eliminaron información científica precisa sobre la efectividad del uso del condón de los sitios web de varias agencias federales y pusieron en tela de juicio si éste proporciona protección contra las ITS, incluyendo el VIH” (Sinding, 2005, p. 39).

Hasta hoy, no hay evidencia alguna de que los programas de sólo abstinencia hayan reducido la transmisión del VIH en alguna parte del mundo (Sinding, 2005). No obstante lo anterior, este enfoque no comprobado se estuvo exportando a muchos países subsaharianos, especialmente a Uganda, como parte del Plan de Emergencia para el Alivio del Sida (PEPFAR, por sus siglas en inglés) del presidente Bush (Cohen y colaboradores, 2005; Human Rights Watch, 2006). Investigaciones revelaron que los contratistas estadounidenses exigían a los

profesores de Uganda que no hablaran con sus estudiantes acerca del condón porque la política del entonces presidente Bush era de “sólo abstinencia” y porque un programa de estudios para alumnos de secundaria de ese país (fundado por el PEPFAR) estableció de manera equivocada que los condones tienen pequeños poros que permiten el paso del VIH (Cohen y colaboradores, 2005; Human Rights Watch, 2006).

Un informe de la Oficina de Supervisión del gobierno estadounidense reveló que el requisito de asignar una gran parte de los fondos del PEPFAR a promover la abstinencia y fidelidad erosionó considerablemente otros esfuerzos preventivos, como la TMH, servicios de prevención para parejas en las que uno de los integrantes está infectado con VIH y el otro no lo está, y la promoción de programas integrales enfocados en grupos de alto riesgo, como los jóvenes sexualmente activos (Brown, 2006).

El énfasis en la sólo abstinencia en los esfuerzos de prevención del VIH y el sida patrocinados por Estados Unidos es especialmente perjudicial para las mujeres africanas, muchas de las cuales contraen el virus de sus esposos (Sinding, 2005). Estas mujeres, que tienen poco o ningún poder en las culturas dominadas por los hombres, por lo general no pueden “abstenerse” de ser forzadas sexualmente por sus infieles esposos o no pueden insistir en que les sean fieles (Cohen y colaboradores, 2005; Human Rights Watch, 2002). Más aún, en una atmósfera en la que los programas de prevención le restan importancia al uso del condón, es poco probable que las mujeres puedan insistir en su uso durante las relaciones sexuales.

Dos investigadores líderes en el VIH y el sida, Deborah Cohen y Thomas Farly (2004), establecieron que el mayor obstáculo para la prevención de la transmisión del VIH en todo el mundo es la poca disponibilidad de condones. Lamentablemente, este problema se magnifica por un enfoque del gobierno estadounidense sobre la prevención que está desviando los esfuerzos de la estrategia efectiva de promoción del condón hacia programas sin sustento e ideológicamente influenciados que se enfocan principalmente en promover la abstinencia sexual (LaFranchi, 2006).

- Manipule con cuidado los preservativos para que no se agujeren.
- Póngase un condón antes de cualquier contacto genital para prevenir la exposición a fluidos que puedan contener agentes infecciosos.
- Asegúrese de que el preservativo esté bien lubricado. Si necesita añadir algún lubricante, use sólo productos a base de agua, como la jalea K-Y, Astroglide, Aqua-Lube o glicerina. El látex se debilita con los lubricantes a base de petróleo o aceite (como la vaselina, el aceite para bebés o de cocina la manteca o el aceite para masajes y muchas lociones corporales).
- No infle el condón como un globo ni lo llene de agua para detectar goteras antes de usarlo. Ese estiramiento debilita el látex y aumenta la probabilidad de que el condón se rompa al usarlo.
- Si el pene no está circuncidado, jale hacia atrás el prepucio antes de colocar el látex.

Una nueva esperanza para prevenir las ITS: la búsqueda de microbicidas vaginales efectivos

Los actuales métodos de barrera para prevenir la transmisión de ITS que están disponibles suelen ser desfavorables para las mujeres. Los condones de látex proporcionan una excelente protección contra muchas ITS, pero con frecuencia se usan inconsistente e incorrectamente y son un método controlado por los hombres. Incluso el uso de los condones femeninos —que son un dispositivo prometedor para prevenir el embarazo y las ITS— depende de la cooperación y la aceptación de la pareja masculina. En muchos países pobres el VIH y otras ITS constituyen una epidemia, y las mujeres por lo general están sujetas a relaciones sin protección con hombres que no están dispuestos a usar condón.

Como ellas están en desventaja por la desigualdad de género en relaciones en las que no tienen el poder para negociar el uso del condón o decir “no” al contacto sexual con sus parejas masculinas, así como por las limitadas opciones para evitar la enfermedad, el desarrollo de métodos para prevenir las ITS que puedan ser totalmente controlados por las mujeres es altamente prioritario (Koo y colaboradores, 2005; Lamptey y colaboradores, 2006; Mantell y colaboradores, 2006). Aconsejarles simplemente que insistan en que sus parejas usen condón es poco realista en situaciones donde las mujeres carecen ya sea del poder o de las habilidades asertivas necesarias para garantizar el correcto y consistente uso del preservativo.

Las iniciativas de investigación están actualmente en camino de desarrollar productos tópicos en gel o crema, o supositorios seguros y efectivos, llamados **microbicidas**, que se puedan insertar en la vagina o en el recto para prevenir o minimizar el riesgo de infección de VIH y otras ITS. Estos productos se aplicarían antes del contacto sexual, pero no serían un sustituto del condón. Más bien, proporcionarían protec-

ción extra a bajo costo. En los países pobres, donde los recursos financieros son limitados y las mujeres no reciben la cooperación de los hombres, los microbicidas proporcionarían una opción bastante provechosa para la prevención. Si todo va bien, con el tiempo estos productos estarán disponibles a un costo mínimo, serán muy efectivos para prevenir una amplia gama de ITS, no provocarán irritación o daño vaginal ni rectal, y no tendrán efectos adversos en los lactobacilos que ayudan a mantener un entorno vaginal saludable.

Técnicamente, el término *microbicida* significa “un producto que mata los microbios”. Sin embargo, los productos microbicidas pueden funcionar de varias maneras para prevenir las ITS. Algunos matarían o destruirían los organismos causantes de enfermedades que están presentes en el semen o las secreciones vaginales. Otros microbicidas en desarrollo no destruirían un patógeno causante de enfermedades, sino que bloquearían su entrada o fusión con células objetivo, o detendrían su duplicación una vez que estén dentro de las células objetivo (Lamptey y colaboradores, 2006).

Más de 30 candidatos a microbicidas están en estudio en ensayos clínicos con grandes poblaciones de países pobres, las cuales están en alto riesgo de infección de VIH y otras ITS (Dhawan y Mayer, 2006; Keller y colaboradores, 2006).

Algunos de los productos que están en investigación tienen capacidades tanto espermicidas como antimicrobianas. Los funcionarios de salubridad esperan tener tarde o temprano ejemplares efectivos de ambas categorías, ya que algunos usuarios necesitarán protección contra embarazos no deseados y contra las ITS, mientras que otros sólo buscarán protección contra las enfermedades. Esperamos que pronto estén disponibles uno o más de estos productos tan necesarios.

- No desenrolle primero el condón para ponérselo como si fuera un calcetín; esto también tiende a debilitar el látex, haciendo que sea más probable que se rompa durante el uso. La manera correcta de ponérselo es desenrollarlo directamente en el pene erecto (ya sea sosteniendo el depósito en la punta del condón o torciendo la punta para crear un área de depósito).
- Si un condón se rompe, reemplácelo inmediatamente.
- Después de la eyaculación, tenga cuidado de que el preservativo no se salga. Saque el pene cubierto con el látex cuando aún esté erecto, sosteniendo la base del condón para evitar que se salga.
- Nunca utilice dos veces el mismo condón.

Varias encuestas indican que las tasas de desprendimiento y rotura del profiláctico son considerablemente mayores durante la interacción anal que durante la vaginal (Silverman y Gross, 1997). Recomendamos a los lectores que practican el sexo anal que sean muy cuidadosos en el uso del preservativo durante esta variedad de interacción sexual (por ejemplo, eviten empujar con mucha fuerza, usen lubricación adecuada y tengan especial cuidado de que no se salga el condón). Para que los profilácticos sean

Microbicida Un producto tópico, gel o crema que la mujer puede usar vaginalmente para prevenir el riesgo de ser infectada con VIH u otras ITS.

efectivos contra las ITS, el individuo debe usarlos correctamente cada vez que tenga relaciones sexuales. El manejo consistente y correcto puede ser difícil, principalmente porque la razón tiende a bloquearse al calor de la pasión (Strong y colaboradores, 2005). Por lo tanto, lo exhortamos a que incorpore a su vida sexual el conocimiento sobre los beneficios del condón y cuál es la mejor manera de usarlo para prevenir tanto la transmisión de enfermedades como el embarazo.

Evite la actividad sexual con varias parejas

Tal vez deba reevaluar la importancia del sexo con varias parejas en vista de las claras y abundantes evidencias de que su prolijidad es uno de los principales factores para contraer VIH, VHS, clamidia, VPH y muchas otras infecciones de transmisión sexual. También podría optar por no tener sexo con individuos de los que sepa o sospeche que han tenido muchas parejas. Quienes tienen este antecedente probablemente conocen menos a cada pareja y por lo tanto pueden tener menos éxito en evitar a personas que tienen conductas de alto riesgo. Las investigaciones indican que a pesar de los peligros demostrables de tener varias parejas, una gran mayoría de estudiantes universitarios estadounidenses, tanto hombres como mujeres, reporta actividad sexual con varias parejas y uso inconsistente del condón (LaBrie y colaboradores, 2005).

Inspeccione los genitales de su pareja

Examinar los genitales de su pareja antes del contacto genital, oral o anal puede revelar los síntomas de una ITS. Podría ver ampollas del herpes, secreciones vaginales o uretrales, chancros y erupciones relacionados con sífilis, verrugas genitales y gonorrea. En la mayoría de los casos los síntomas son más evidentes en los hombres. (Si éste no está circuncidado, asegúrese de jalar hacia atrás el prepucio.) La presencia de secreción, olor desagradable, ulceraciones, ampollas, granos, verrugas o cualquier otra cosa fuera de lo normal debe verse con cierta reserva. “Ordeñar” el pene es una manera muy efectiva de detectar una secreción sospechosa. Esta técnica consiste en sostener firmemente el pene y jalar la piel floja hacia arriba y hacia abajo del tronco varias veces, aplicando presión de la base al glande. Después separe la abertura urinaria para ver si hay alguna secreción turbia.

Por lo general, a las personas les resulta difícil realizar abiertamente esta inspección antes de la intimidad sexual. A veces la simple petición “Déjame desvestirte” puede proporcionarle alguna oportunidad para examinar los genitales de su pareja. El disfrute con enfoque sensorial, explicado en el capítulo 14, puede proporcionarle la oportunidad de hacer una exploración visual más detallada. Algunas personas sugieren tomar un baño antes del acto sexual para poder examinar a su pareja. Esto podría ser útil para detectar ulceraciones visibles, ampollas, etc., pero el agua y el jabón también pueden eliminar las señales visuales y olfatorias de una secreción.

Si detecta signos de infección, puede optar justificada y sensatamente por no tener relaciones sexuales. Su posible pareja podría estar consciente o no de sus síntomas. Por lo tanto, es importante que le explique sus inquietudes. Las personas que opten por continuar su interacción sexual después de descubrir los posibles síntomas de una ITS deben ser lo suficientemente sensatos como para restringir sus actividades a los besos, abrazos, caricias y estimulación genital manual.

Lave sus genitales y los de su pareja antes y después del contacto sexual

Hay opiniones divergentes acerca de qué tan benéfico es lavarse los genitales con agua y jabón antes de la interacción sexual. Sin embargo, hay pocas dudas de que el lavado tenga algunos beneficios. Por lo general, el del pene es más efectivo como medida profiláctica, aunque el de la vulva también puede ser útil.

Tal vez le resulte difícil sugerirle a su pareja que se lave los genitales (o que le permita a usted lavarlos) antes del acto sexual. Sin embargo, puede hacerlo discreta-

mente incluyendo esta limpieza en el juego sexual que ocurre en la regadera o en la tina de baño. O puede decir con toda franqueza que está lavando los genitales de su pareja y los suyos para su mutua protección.

Después del contacto sexual, es muy recomendable lavar minuciosamente los genitales y las áreas circundantes con agua y jabón como medida preventiva cuando la transmisión de una infección es una posibilidad. Sin embargo, no estamos sugiriendo que este procedimiento siempre deba seguir a la actividad sexual. Para muchas parejas que llevan una relación monógama de mucho tiempo, esto podría ser innecesario e incluso ofensivo, pues podría implicar que una persona está desaseada después del sexo.

La prontitud es quizá tan importante como la minuciosidad en la higiene posterior al sexo. No obstante, a algunas personas podría no gustarles salir de la cama inmediatamente después para lavarse, ya que esto podría arruinar la atmósfera íntima y relajada. Si a usted no le gusta hacerle saber a su pareja que está tomando esta precaución, quizá baste con decirle que necesita ir al baño (una necesidad muy común después del sexo). Tanto hombres como mujeres pueden enjuagarse los genitales en el lavabo. Primero llene el lavabo con agua tibia y con jabón, luego póngase de espaldas al mismo e impúlsese para quedar sentado en él o a horcajadas. En esta posición es muy fácil lavarse minuciosamente los genitales expuestos con una toalla y jabón.

Orinar después del coito puede tener algunos beneficios profilácticos limitados, sobre todo para los hombres. Muchos organismos infecciosos no sobreviven en la uretra debido al entorno ácido creado por la orina. Orinar también puede ayudarle a eliminar organismos causantes de enfermedades.

Practíquese evaluaciones médicas rutinarias

Muchas autoridades recomiendan que las personas sexualmente activas con más de una pareja visiten con regularidad a su médico o clínica local de ITS para practicarse chequeos periódicos, incluso si no hay síntomas evidentes de enfermedad. En vista del número de personas, tanto hombres como mujeres, que son portadoras asintomáticas de ITS, éste parece ser un consejo acertado. La frecuencia con la que deben realizarse estos exámenes es una cuestión de opinión. Nuestra recomendación para las personas que son sexualmente activas y que tienen varias parejas es que se practiquen chequeos cada tres meses y definitivamente que no sean menos de dos veces al año.

Infórmele a su(s) pareja(s) si tiene usted una ITS

La alta frecuencia de infecciones sin síntomas hace imperativo que los individuos informen a sus parejas sexuales si les diagnostican una ITS (Hoxworth y colaboradores, 2003; Potterat, 2003). La notificación a la pareja, que es benéfica para reducir la propagación de todas las ITS, es una táctica de prevención imperativa para acotar la del VIH. La notificación puede realizarla la persona infectada, el médico o empleados municipales, estatales o federales especialmente capacitados llamados *especialistas en intervención de enfermedades* (DIS, por sus siglas en inglés) (Kissinger y colaboradores, 2003). El recuadro titulado “Cómo decirle a su pareja” que aparece en las primeras páginas de este capítulo, proporciona sugerencias útiles para una persona que opta por informarle a su compañero acerca de una ITS. Un beneficio potencial de que un médico o un DIS lo notifique, es que las personas bien informadas generalmente reciben asesoría sobre cómo reducir el riesgo de exposición a las ITS y se les proporcionan opciones de servicios para el cuidado de la salud, incluyendo pruebas y tratamientos (Hoxworth y colaboradores, 2003).

Recientemente apareció una nueva herramienta para informarle a la pareja en sitios web (en inglés) de San Francisco y Los Ángeles. Estos dos sitios, www.inspot.org y www.inspotla.org, proporcionan una vía para notificar a las parejas sexuales casuales el posible riesgo de ITS evitando la embarazosa confrontación cara a cara. Los usuarios de estos sitios pueden elegir una de varias tarjetas electrónicas para en-

viársela a sus contactos sexuales, ya sea sin firma o con un mensaje personal. En vista del número creciente de personas que usan Internet para conocer parejas, el uso del ciberespacio para ayudar a reducir la propagación de las ITS es una nueva herramienta en el arsenal de prevención.

Varios estudios han encontrado que la notificación a la pareja suele propiciar varios cambios de conducta deseables, incluyendo un mayor uso del condón, la reducción del número de compañeros sexuales y la disminución de la incidencia de las ITS posteriores al aviso (Kissinger y colaboradores, 2003; Niccolai y colaboradores, 2006; Semaan y colaboradores, 2004). Aunque la notificación puede ser una estrategia de prevención poderosa, no podemos dar por hecho que una pareja sexual sea sincera acerca de un diagnóstico de ITS. Por ejemplo, en un estudio realizado con 92 personas diagnosticadas como VPH positivas se encontró que, aun cuando la mayoría había revelado su infección a sus parejas principales al momento del diagnóstico, de 60% de los participantes que habían tenido nuevas parejas sexuales seis meses después, menos de un tercio reveló su VPH a sus nuevas parejas antes de tener relaciones sexuales (Keller y colaboradores, 2000).

En una encuesta reciente con una muestra nacional de 1 421 personas que reciben atención médica para la infección del VIH, se encontró que 42% de los hombres homosexuales o bisexuales, 19% de los hombres heterosexuales y 17% de las mujeres participantes reportaron que tuvieron relaciones sexuales sin informar a sus parejas sobre su estatus de seropositivos. Esta no revelación ocurrió principalmente en parejas no exclusivas (Ciccarone y colaboradores, 2003). En general, las investigaciones indican que incluso cuando las personas diagnosticadas con una ITS informan a sus parejas principales, es probable que no lo reporten a otros contactos sexuales (Niccolai y colaboradores, 2006).

El sistema legal estadounidense ha atestiguado el surgimiento de un nuevo tipo de acción jurídica basada en el fraude sexual. Quizá los casos más notorios y dignos de mencionar son aquellos en los que las personas que han resultado positivas en las pruebas de VIH tienen relaciones sexuales sin protección con parejas a quienes no les informan sobre su estatus de seropositivos. Por lo general, tales acciones resultan en fuertes sanciones legales. Varios de estos procedimientos han ocurrido en nuestro estado natal de Oregon, incluyendo el del primer estadounidense declarado culpable y condenado a prisión por intento de asesinato, con base en evidencia de que había tenido relaciones sexuales sin protección con tres mujeres a pesar de saber que era VIH positivo.

Además de los casos que involucran acciones legales, los procesos judiciales por engaño sexual proporcionan cada vez más la base para litigios civiles exitosos en las cortes de Estados Unidos. En estos procesos civiles se alega que una persona ha mentido sobre una ITS (ya sea al no revelar su condición a su pareja o al incurrir en engaño absoluto). En muchos estados, más notablemente en California, los tribunales de apelaciones estatales han dado *luz verde* para tales acciones legales, proporcionando así un impulso para los juicios monetarios y acuerdos fuera de las cortes que pueden llegar a los seis ceros.

R E S U M E N

- En Estados Unidos la incidencia de las infecciones de transmisión sexual (ITS) va en aumento, especialmente entre jóvenes de 15 a 25 años.
- Varios factores contribuyen a la alta incidencia de las ITS, incluyendo más personas que tienen relaciones sexuales sin protección (sin condón) con varias parejas, el aumento

en el uso de píldoras anticonceptivas, el acceso limitado a sistemas efectivos para la prevención y el tratamiento de las ITS, diagnósticos y tratamientos equivocados y el hecho de que muchas de estas enfermedades no generan síntomas evidentes, lo que provoca que las personas contagien a otros sin saberlo.

Infecciones bacterianas

- Las infecciones de clamidia están entre las ITS más prevalentes y más dañinas. La clamidia se transmite principalmente mediante contacto sexual. También se puede propagar de una parte del cuerpo a otra (por ejemplo, de los genitales a los ojos) mediante los dedos.
- Hay dos tipos generales de infecciones de clamidia genital en las mujeres: infecciones del tracto reproductivo inferior, manifestadas comúnmente como uretritis o cervicitis, e infecciones invasivas del tracto reproductivo superior, llamadas EPI (enfermedad pélvica inflamatoria).
- La mayoría de las mujeres con infecciones de clamidia en el tracto reproductivo inferior tiene pocos síntomas o ninguno. Los síntomas de la EPI causada por infección de clamidia incluyen periodos menstruales alterados, dolor pélvico, temperatura elevada, náuseas, vómito y dolor de cabeza.
- La salpingitis por clamidia (infección de las trompas de Falopio) es una causa importante de infertilidad y embarazo ectópico.
- En los hombres, las infecciones de clamidia son una causa común de epididimitis y uretritis no gonocócica.
- La infección de clamidia también puede causar tracoma, la principal causa de ceguera prevenible en el mundo.
- Los medicamentos recomendados para tratar las infecciones de clamidia incluyen doxiciclina y azitromicina.
- La gonorrea, una enfermedad contagiosa muy común en Estados Unidos, es una infección bacteriana que se transmite mediante contacto sexual. El organismo infeccioso es la bacteria *gonococo*.
- Es más probable que los hombres manifiesten los principales síntomas de la infección de gonorrea; tal vez experimenten una secreción en el pene y ardor al orinar. El principal signo en las mujeres, a menudo no detectable, es una leve secreción vaginal que puede irritar los tejidos vulvares.
- Las complicaciones de la infección de gonorrea en los hombres incluyen problemas en la próstata, vejiga y riñones y, con menos frecuencia, epididimitis gonocócica, la cual puede provocar esterilidad. En las mujeres la gonorrea ocasiona EPI, esterilidad y adherencias abdominales.
- El tratamiento recomendado para la gonorrea es la terapia combinada de una sola dosis de ceftriaxona, cefixima, ciprofloxacina, levofloxacina u ofloxacina, más una dosis de azitromicina (o doxiciclina durante siete días).
- La uretritis no gonocócica (UNG) es una infección muy común del conducto uretral, vista generalmente en los hombres. Es ocasionada principalmente por organismos infecciosos transmitidos durante el coito.
- Los síntomas de la UNG más evidentes en los hombres incluyen secreción en el pene y un ligero ardor al orinar. Las mujeres pueden tener una ligera secreción vaginal y se cree que son las que albergan el organismo infeccioso.
- Por lo general, la terapia con doxiciclina o azitromicina elimina la UNG.
- La sífilis es menos común pero potencialmente más dañina que la gonorrea. Casi siempre se transmite mediante contacto sexual.
- Si no se trata, la sífilis puede progresar a través de cuatro etapas: la primaria, caracterizada por la aparición de chancros ulcerosos; la secundaria, caracterizada por la aparición de erupción cutánea generalizada; la latente, un periodo de varios años sin síntomas visibles, y la terciaria, durante la cual la infección puede producir enfermedad

cardiovascular, ceguera, parálisis, úlceras en la piel, daño hepático y grave patología mental.

- La sífilis se puede tratar con penicilina G benzatínica en cualquier etapa de su desarrollo. Las personas alérgicas a la penicilina se pueden tratar con doxiciclina, eritromicina o ceftriaxona.

Infecciones virales

- Algunos de los virus del herpes más comunes son el tipo 1, el cual generalmente produce ulceraciones fuera o dentro de la boca, y el tipo 2, que infecta el área genital. No obstante, el tipo 1 se puede encontrar en el área genital, y el tipo 2 en el área bucal. El tipo 2 se transmite principalmente mediante contacto sexual; el 1 se puede transmitir por contacto sexual o besos.
- Se ha calculado que más de 100 millones de estadounidenses padecen herpes oral y que 45 millones tienen herpes genital.
- La presencia de ulceraciones dolorosas es el principal síntoma del herpes. Una persona es altamente contagiosa durante una erupción de herpes, pero las evidencias indican que también se puede transmitir durante periodos asintomáticos.
- El herpes genital puede predisponer a una mujer al cáncer cervical. También puede infectar a su hijo recién nacido, lo que significa un grave daño o la muerte para el bebé.
- No se conoce cura para el herpes. El tratamiento está diseñado para reducir el dolor y acelerar el proceso de sanación. El aciclovir, el valaciclovir o el famciclovir administrados oralmente son efectivos para promover la sanación durante los primeros episodios y, si se toman de manera continua, para suprimir brotes recurrentes.
- Las verrugas genitales y anales son una ITS viral muy común en Estados Unidos.
- Las verrugas genitales se transmiten principalmente mediante interacción vaginal, anal u oral genital.
- Las investigaciones han revelado una fuerte relación entre las verrugas genitales y los cánceres de cérvix, vagina, vulva, uretra, pene y ano.
- El tratamiento para las verrugas genitales incluye congelamiento, aplicaciones de agentes tópicos, cauterización, extirpación quirúrgica o la evaporación mediante láser de dióxido de carbono.
- La FDA aprobó una vacuna recientemente desarrollada que es efectiva contra los cuatro tipos de VPH responsables de la mayoría de las verrugas genitales y cánceres relacionados con el VPH.
- La hepatitis A, la hepatitis B y la hepatitis C son los tipos principales de infecciones virales del hígado. Los tres se pueden transmitir sexualmente.
- La hepatitis B se puede contagiar mediante la sangre o productos sanguíneos, el semen, las secreciones vaginales y la saliva. La estimulación del ano, manual, oral o con el pene son prácticas fuertemente relacionadas con la propagación de este agente viral.
- El contacto oral-anal parece ser el modo principal de transmisión sexual de la hepatitis A.
- Por lo general, la hepatitis C se contrae mediante el consumo de drogas inyectadas o con menos frecuencia mediante productos sanguíneos contaminados o por contacto sexual; también es posible la transmisión perinatal de la madre al feto o de la madre al bebé.

- Los síntomas de la hepatitis viral van desde leves hasta una afección incapacitante. No hay una terapia específica para tratar la hepatitis A. Las infecciones crónicas de hepatitis B se pueden tratar efectivamente con varios medicamentos antivirales. La mayoría de las personas infectadas con los tipos A y B se recuperan en pocas semanas guardando cama.
- El virus de la hepatitis que más amenaza la salud, la hepatitis C, es una enfermedad contagiosa en evolución de proporciones epidémicas.
- La hepatitis C es la responsable de la mayoría de las muertes por complicaciones de hepatitis viral. Una terapia combinada con dos medicamentos antivirales es relativamente efectiva para controlar las graves complicaciones que causa.

Infecciones vaginales comunes

- La vaginosis bacteriana —causada generalmente por un crecimiento excesivo de las bacterias anaeróbicas, la *Mycoplasma* o una bacteria conocida como *Gardnerella vaginalis*— es la causa más común de vaginitis (infección vaginal) en las mujeres estadounidenses. Las parejas masculinas de mujeres infectadas también albergan los microorganismos dañinos, por lo general sin síntomas clínicos. Las relaciones sexuales proporcionan un modo de transmisión para esta infección.
- El síntoma más prominente de la vaginosis bacteriana en las mujeres es una secreción vaginal delgada, con olor a pescado o a rancio y con una consistencia pastosa. Éstas también pueden experimentar irritación en los tejidos genitales. Un pequeño número de hombres desarrolla inflamación del prepucio del glande, uretritis o cistitis.
- El tratamiento para la vaginosis bacteriana incluye metronidazol (Flagyl) administrado oralmente, o aplicaciones intravaginales de metronidazol tópico en gel o de clindamicina en crema.
- La candidiasis es una infección por hongos que afecta a muchas mujeres. El organismo *Candida albicans* está presente normalmente en la vagina pero causa problemas sólo cuando ocurre un crecimiento excesivo. El embarazo, la diabetes y el uso de píldoras anticonceptivas o antibióticos orales a menudo están relacionados con las infecciones por hongos. Este organismo se puede transmitir por medios sexuales y no sexuales.
- Los síntomas de la infección por hongos incluyen una secreción blanca grumosa, e intensa comezón en los tejidos vaginales y vulvares.
- El tratamiento tradicional para la infección de candidiasis consta de supositorios vaginales o cremas tópicas, como clotrimazol, miconazol o butoconazol.
- La tricomoniasis es una ITS común con 7 u 8 millones de nuevos casos cada año. Se cree que las parejas masculinas de mujeres infectadas albergan el organismo *Trichomonas vaginalis* en la uretra y debajo del prepucio si no están circuncidados. El principal modo de transmisión de esta infección es mediante contacto sexual.
- Tanto las mujeres infectadas con tricomoniasis como sus parejas masculinas se pueden tratar exitosamente con metronidazol.

Infecciones por ectoparásitos

- Los ectoparásitos son organismos parásitos que viven en las superficies externas de la piel de los humanos y otros

animales. Los piojos púbicos y la sarna son dos ITS relativamente comunes causadas por ectoparásitos.

- Los piojos púbicos (“ladillas”) son pequeños insectos mordedores que se alimentan con sangre de los pequeños vasos sanguíneos de la región púbica. Se pueden transmitir mediante contacto sexual o usando ropa de vestir o de cama contaminada por un individuo infestado.
- El principal síntoma de una infestación de piojos púbicos es una comezón grave que no se alivia rascándose. En ocasiones es posible ver estos parásitos.
- Los piojos púbicos se tratan con la aplicación de permetrín o piretrín al 1% en loción o crema en las áreas corporales afectadas.
- La sarna es ocasionada por un pequeño ácaro parásito que obtiene su alimento de la piel de su huésped. La sarna es una condición altamente contagiosa que se puede transmitir por contacto físico cercano, sexual o no sexual, entre las personas.
- Los principales síntomas de la sarna son pequeños granos y una erupción rojiza que producen comezón intensa, especialmente por la noche. Los granos y la erupción indican áreas de infestación.
- Una sola aplicación de un escabicida tópico desde el cuello hasta los dedos de los pies suele ser un tratamiento efectivo.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida)

- El sida es causado por infección con un virus (el VIH) que destruye el sistema inmunológico, dejando el cuerpo vulnerable a varias enfermedades oportunistas y cánceres.
- Es probable que el VIH se haya originado a inicios del siglo xx mediante la transmisión del virus del virus de una subespecie de chimpancé africano a un humano. El virus se propagó por todo el mundo mucho después, cuando África dejó de estar tan aislada.
- Se estima que 1.2 millones de personas en Estados Unidos y 40.3 millones en el resto del mundo están infectadas con el VIH.
- El número de nuevos casos de sida reportados anualmente en Estados Unidos creció rápidamente a inicios de la década de 1980 y de manera moderada a finales de la misma década. Esta moderada prevalencia ha continuado hasta hoy.
- Aunque la incidencia general de nuevas infecciones de VIH en Estados Unidos ha permanecido relativamente estable en años recientes, el número de nuevos casos entre adolescentes, mujeres y minorías raciales y étnicas sigue creciendo. Más aún, hay evidencia de un aumento reciente en la tendencia de nuevas infecciones entre heterosexuales y hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH).
- Aunque la mayoría de los casos de sida que han ocurrido en Estados Unidos desde el inicio de la epidemia ha involucrado a HSH y a consumidores de drogas inyectadas, los casos atribuibles a la transmisión heterosexual han crecido sostenidamente.
- Aun cuando la prevalencia de la infección de VIH en Estados Unidos y el resto del mundo occidental sigue siendo más alta entre HSH, la proporción de casos de sida reportados en este grupo disminuyó notablemente y luego se estabilizó entre mediados de la década de 1980 y finales de la década de 1990. En años recientes, la incidencia de infecciones entre HSH ha ido en aumento.

- En Estados Unidos, los casos de sida atribuibles a la transmisión heterosexual están aumentando rápidamente, y el contacto heterosexual siempre ha sido la principal forma de transmisión del VIH en el mundo.
- El VIH se ha encontrado en el semen, la sangre, las secreciones vaginales, la saliva, las lágrimas, la orina, la leche materna y demás fluidos corporales que puedan contener sangre.
- La sangre, el semen y los fluidos vaginales son los principales vehículos de transmisión del VIH, el cual parece contagiarse principalmente por contacto sexual y mediante las agujas infectadas que comparten los consumidores de drogas inyectadas.
- El VIH también se puede transmitir perinatalmente de una mujer infectada a su feto o bebé antes o durante el parto, o mediante la lactancia.
- La *carga viral* se refiere a la cantidad de virus presentes en la sangre de una persona infectada. En general, cuanto mayor sea la carga viral, mayor será la probabilidad de transmitir la infección.
- El VIH se puede contagiar a la pareja receptiva durante el sexo oral, cuando el virus entra en contacto con los tejidos mucosos de la boca.
- En la actualidad, la probabilidad de infectarse con VIH por medio de una transfusión de sangre contaminada es remota. Además, no hay peligro de infectarse al donar sangre.
- Un pequeño porcentaje de personas parece ser resistente a la infección del VIH.
- El riesgo de transmitir el VIH mediante la saliva, las lágrimas y la orina parece ser bajo. No hay evidencia de que se pueda contagiar por contacto casual.
- Las conductas de alto riesgo que incrementan la posibilidad de infectarse con VIH incluyen tener sexo sin protección (sin condón), varias parejas sexuales, contacto sexual con personas de las que se sabe que están en alto riesgo y compartir equipo de inyección para el uso de drogas.
- Es más fácil la transmisión del VIH de un hombre a una mujer que de una mujer a un hombre.
- El VIH suele causar un breve malestar parecido a la gripe en las primeras semanas de la infección inicial. Ésta tiende a desaparecer rápidamente. Sin embargo, a medida que el virus va minando el sistema inmunológico, aparecen otros síntomas.
- La mayoría de las personas desarrolla anticuerpos contra el VIH a los pocos meses de contagiarse, pero algunas infecciones silenciosas pueden pasar desapercibidas durante tres años o más.
- La infección del VIH se puede detectar mediante pruebas de anticuerpos en suero.
- Se estima que el tiempo de incubación para el sida —definido como el tiempo entre la infección con VIH y el inicio de uno o más padecimientos debilitadores graves— es de ocho a 11 años.
- Los síntomas del sida son muchos y variados, dependiendo de lo dañado que esté el sistema inmunológico y del tipo particular de cáncer o infección oportunista que padezca una persona infectada.
- En 1996 comenzó una considerable reducción en las tasas de muerte por sida. Este cambio en las tendencias de mortalidad se debió a una mejora en las terapias de combinación de medicamentos.
- Aún no existe una cura para el VIH y el sida. Sin embargo, si se usa de manera apropiada, una combinación de tres o más medicamentos antirretrovirales, una técnica de tra-

tamiento conocida como terapia antirretroviral altamente activa (HAART), puede reducir considerablemente la carga viral, mejorar la función inmunológica y retrasar el avance de la enfermedad.

- La HAART implica un complejo protocolo de dosis de medicamentos al que es muy difícil apegarse. Además, la toxicidad de los fármacos puede producir efectos secundarios que propicien poco apego al protocolo.
- La HAART no erradica el VIH de las reservas latentes o silenciosas de varios tejidos u órganos corporales.
- Al parecer, la disponibilidad de la HAART ha influido para que algunas personas incrementen sus conductas sexuales riesgosas.
- La administración de los medicamentos inhibidores de la transcriptasa inversa (zidovudina, nevirapina o cotrimoxazol) a recién nacidos reduce considerablemente la incidencia de transmisión del VIH de madre a hijo.
- Aunque ha habido progresos en el desarrollo de vacunas contra el VIH, muchos funcionarios de salubridad creen que faltan muchos años para que tengamos una vacuna efectiva.
- La mejor posibilidad para disminuir la epidemia del VIH y el sida es mediante la educación y el cambio de conducta.
- Una persona puede reducir considerablemente su riesgo de infectarse con VIH siguiendo estrategias sexuales más seguras, lo que incluye usar condón y evitar el sexo con varias parejas o con individuos que estén en alto riesgo de infección.

Cómo prevenir las enfermedades de transmisión sexual

- Tomarse su tiempo para evaluar con cuidado su estatus de riesgo de transmitir una ITS y el de su pareja es quizá la estrategia de prevención más importante.
- Debido a que es difícil evaluar con precisión el estatus de riesgo con sólo hablar, las parejas deben realizarse exámenes médicos y pruebas de laboratorio para descartar ITS antes de comenzar cualquier actividad sexual que pudiera ponerlos en riesgo de contraer alguna.
- Cuando se usan correctamente, los condones proporcionan una buena (pero no infalible) protección contra la transmisión de muchas ITS.
- Evite el sexo con múltiples compañeros o con individuos que probablemente hayan tenido varias parejas.
- Inspeccionar los genitales de su pareja antes del contacto sexual puede ser una forma de detectar síntomas de alguna ITS.
- Lavarse los genitales con agua y jabón antes y después de la interacción sexual proporciona protección adicional contra la transmisión de ITS.
- Las personas sexualmente activas con varias parejas deben acudir regularmente al médico o a la clínica de ITS local para practicarse chequeos médicos, aunque no haya síntomas de enfermedad.
- Es imperativo que los individuos infectados informen a sus parejas sexuales una vez que les diagnostiquen una ITS.

► Lecturas recomendadas

AIDS Education and Prevention. Una revista interdisciplinaria publicada por la Sociedad Internacional para la Educación sobre el Sida que está disponible en las principales libre-

rías. Contiene excelente información sobre la prevención del sida y es una de las mejores fuentes de material para la educación sobre el tema.

Revista MMWR (Morbidity and Mortality Weekly Report). Una publicación de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, disponible en las principales librerías y en Internet. Esta revista contiene información valiosa sobre la naturaleza, transmisión, prevención y tratamiento de las ITS. Es quizás el mejor recurso para mantenerse al corriente de los últimos avances sobre el sida y otras ITS.

Shilts, Randy (1987). *And the Band Played On: Politics, People and the AIDS Epidemic*. Nueva York: St. Martin's Press. Un atractivo libro, escrito por un reportero investigador, que proporciona información sorprendente sobre cómo la incompetencia del gobierno y las luchas internas entre grupos de investigadores de las comunidades científica y médica obstaculizaron los esfuerzos por impulsar una campaña efectiva contra la epidemia de sida. Este libro también humaniza la crisis de la pandemia contando historias de personas que han vivido con el sida y muerto por esta enfermedad.

➤ Recursos

Línea directa nacional de los CDC para el VIH/sida: (800) 342-AIDS (inglés), (800) 344-7432 (español), (800) 243-7889 (servicio para personas con deficiencias auditivas, TTY). Una grabación informativa con datos actuales. Quienes tengan preguntas específicas que no responde la grabación, pueden llamar al (800) 447-AIDS. Muchas ciudades tienen una línea directa local con información sobre el sida; busque en su directorio.

Centro de Recursos para el Herpes es un programa de la Asociación Estadounidense de Salud Social que proporciona excelentes servicios, incluyendo una revista trimestral con información actualizada acerca del herpes, acceso a asociaciones locales (grupos de apoyo) e información telefónica privada, asesoría y servicio de orientación. Para más detalles sobre estos servicios, llame al (800) 230-6039 o envíe \$1 (para gastos de envío y manejo) al Centro de Recursos para el Herpes, ASHA, Dept. PR46, P.O. Box 13827, Research Triangle Park, NC 27709. (Se requiere nombre, dirección y timbre postal en el sobre.)

Herpes Anonymous, P.O. Box 278, Westbury, NY 11590; (516) 334-5718. Organización social sin fines de lucro integrada por personas con herpes que desean ayudar a otros a superar las dificultades relacionadas con esta enfermedad. Herpes Anonymous ayuda a desarrollar asociaciones amigables entre personas que tienen herpes. Esta organización también distribuye un boletín gratuito que contiene información actualizada sobre esta enfermedad.

➤ Recursos en la Web

Sitio web CengageLearning

Visite www.cengage.com/highered para enlazarse con diversos recursos, como preguntas de repaso, actividades interactivas, vínculos con Internet, ejercicios de pensamiento crítico,

foros de discusión y muchos otros servicios. También puede acceder a los sitios desde el Wadsworth Psychology Study Center (<http://psychology.wadsworth.com>) o conectarse directamente a los siguientes sitios:

Nota. Tenga en cuenta que este material es independiente del libro y que las páginas que lo contienen pueden ser modificadas o eliminadas sin previo aviso.

Asociación Estadounidense de Salud Social

Este sitio web contiene recursos sobre las ITS, incluyendo un glosario de salud sexual, folletos educativos, números de líneas directas, enlaces a grupos de apoyo, un Centro de Recursos para el Herpes y un boletín de noticias sobre las ITS.

Centro de Información JAMA sobre el VIH y el sida

El *Journal of the American Medical Association* mantiene este sitio web con actualizaciones sobre las más recientes estrategias de tratamientos para personas con VIH y sida. Incluye una referencia bibliográfica y un centro de recursos con información para pacientes y grupos de apoyo.

Introducción a las enfermedades de transmisión sexual

Esta hoja técnica del Centro Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas (una división de los institutos nacionales de salud) de Estados Unidos proporciona estadísticas básicas e información preventiva sobre enfermedades de transmisión sexual. Además, hay un índice que ofrece información detallada sobre ITS específicas.

SaferSex.org

Un recurso integral que brinda información detallada sobre cómo tener sexo más seguro, incluyendo contenido explícito y práctico sobre: cómo usar un condón, cómo hablarle a sus hijos sobre el sida y cómo conversar con su pareja sobre sexo más seguro.

AIDSInfo

Un sitio web muy completo que proporciona excelente información actualizada sobre el VIH y el sida, incluyendo enlaces a pautas de tratamiento y avances en la investigación de vacunas.

Centro Nacional de Recursos para el Herpes

Este sitio web proporciona información precisa y actualizada sobre todos los aspectos del herpes (causas, transmisión, tratamiento, etc.) y datos sobre grupos de apoyo locales.

Centros para el Control y Prevención de Enfermedades

Este sitio web gubernamental ofrece información sobre las ITS.



Sitio web de apoyo a la obra en inglés

Visite el sitio web de la obra (*Our Sexuality Book Companion Website*) en

<http://latinoamerica.cengage.com/crooks> y elija la décima edición de este libro. Haga clic en "Apoyo electrónico para el estudiante". Allí encontrará herramientas que le ayudarán a aprovechar al máximo su tiempo de estudio: encuestas de actitud, crucigramas, temas de ensayo, tarjetas mnemotécnicas de los principales conceptos y sus definiciones, un glosario general, preguntas de opción múltiple y falso-verdadero, vínculos con sitios web sobre temas relacionados con cada capítulo, bibliografía general y un examen final. Asimismo, encontrará un vínculo para comprar el acceso a más material suplementario en línea: CengageNow.



CengageNow ¡Exactamente lo que necesita saber AHORA!

Dedique tiempo a lo que necesita dominar, no a la información que ya aprendió. CengageNow es un paquete de recursos electrónicos que le ayudará en su aprendizaje. Realice una prueba preliminar del capítulo, y CengageNow generará un plan personalizado de estudio a partir de sus resultados. El plan identificará los temas que debe repasar y lo dirigirá a los recursos en línea que le servirán para dominarlos. Después efectuará una prueba para determinar los conceptos que ya aprendió y aquellos en los que todavía debe trabajar. Visite el sitio www.cengage.com/login si ya tiene su código de acceso. Si no cuenta con él, siga el vínculo *Buy Now*. Escriba *Our Sexuality* en el campo de título. Elija la décima edición de este libro. Haga clic sobre la opción *CengageNow*. Se desplegará una solicitud de acceso y los precios en dólares americanos.



Biblioteca en línea InfoTrac College Edition

Investigue si su institución cuenta con un convenio de uso de InfoTrac, una de las mejores y más vastas bibliotecas en línea del mundo en el ámbito educativo. Conéctese a www.cengage.com/login para acceder a InfoTrac College Edition, biblioteca de consulta en línea que contiene multitud de revistas, muchas exclusivamente sobre la sexualidad humana: *Archives of Sexual Behavior*; *Archives of Sexual Health Behavior*; *Canadian Journal of Human Sexuality*; *Hispanic Journal of the Behavioral Sciences*; *Journal of Cross-Cultural Psychology*; *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*; *Journal of Sex Research* y *Sex Roles*.

► ¿Qué constituye una conducta sexual atípica?

¿Cuáles son las características distintivas de una conducta sexual atípica?

¿Cómo influyen las conductas sexuales atípicas en la persona que las realiza y en aquellos a quienes van dirigidas?

► Parafilias no coercitivas

¿En qué se distinguen las parafilias no coercitivas de las coercitivas?

¿Cómo se origina el fetichismo?

¿En qué se distingue el fetichismo travesti de la impersonalización femenina, del transexualismo y de la homosexualidad?

¿Qué factores llevan a realizar una conducta sadomasoquista?

► Parafilias coercitivas

¿Qué características se observan en quienes practican el exhibicionismo?

¿Con qué estrategias se resuelve el problema de las llamadas telefónicas obscenas?

¿Se observan las mismas características y factores causales entre los voyeuristas?

► Adicción sexual: ¿mito, realidad o un simple término erróneo?

¿Es posible contraer la adicción sexual?

¿Existe entre los profesionales una amplia aceptación del modelo de la adicción sexual?

Conducta sexual atípica



A mi última pareja sexual le gustaba mucho la lluvia de oro. Como yo había visto algunas películas de G. G. Allen, estaba familiarizada con la existencia de esos juegos acuáticos, pero nunca se me había ocurrido que me agradaría participar en ellos. Cuando mi pareja me dijo que deseaba beber mi orina, me tomó con la guardia baja. Yo ya había hecho algunas cosas que me parecían un poco atípicas, de manera que acepté la propuesta. Pero aun así me sentía muy nerviosa acerca del arte del procedimiento. Pasaban por mi cabeza pensamientos como: “¿Si está bromeando? Pensaré que estoy loca.” “¿Y si entendí otra cosa?” Fue un momento de gran tensión y con mucha dificultad conseguí orinar. Con el tiempo me fui tranquilizando y logré participar. La reacción de mi pareja me sorprendió por completo. Empezó a masturbarse febrilmente y se bebió, a lengüetazos, mi orina eufóricamente. Nunca lo había visto tan excitado. Más sorprendente aún: también yo lo disfruté muchísimo. Aunque no me imagino estar en el lugar de él, fue una deliciosa experiencia de empoderamiento. (Archivo de los autores.)

Esta descripción de una experiencia sexual bastante inusual, que narró una estudiante en la clase de sexualidad, quizá desconcierte a los lectores como el reflejo de una forma anormal —e incluso desviada quizá— de conducta sexual. Sin embargo, estamos convencidos de que sería más realista ver en ella la anécdota de una conducta sexual inusual o atípica. Una advertencia: dado que el virus del VIH/sida se ha encontrado en la orina de personas infectadas, se aconseja no tener contacto con la orina de la pareja salvo que sea VIH negativa y no padezca ninguna infección de transmisión sexual. Veamos ahora qué es una conducta sexual atípica.

❶ ¿Qué constituye una conducta sexual atípica?

En este capítulo vamos a concentrarnos en varias conductas sexuales que han sido etiquetadas como *desviadas*, *pervertidas*, *aberrantes* o *anormales*. En fecha más reciente se acuñó el término **parafilia**, menos sentencioso, para designar estos un poco inusuales tipos de expresión sexual. Literalmente significa “más allá del usual o típico amor”. Este término indica que tales conductas no se basan en una relación de afecto ni amor, sino más bien son una expresión en la que la excitación o respuesta sexual depende de una actividad rara, extraña e inclusive extravagante (American Psychiatric Association, 2000). *Parafilia* es un vocablo que se emplea en gran parte de la literatura psicológica y psiquiátrica. En nuestra experiencia profesional de terapeutas y especialistas en conductas sexuales inapropiadas, el rasgo común que sobresale es el siguiente: que cada comportamiento, en su forma plena, no suele observarse en la mayoría de los miembros de nuestra sociedad. De ahí que llamemos **conductas sexuales atípicas** a las que vamos a exponer en el capítulo.

Hay que hacer varias precisiones respecto de ellas en general antes de abordarlas. En primer lugar, como en el caso de muchas otras expresiones sexuales mencionadas en el libro, las que describiremos aquí representan extremos en un continuo. Ofrecen gran diversidad: desde tendencias moderadas, poco frecuentes, hasta conductas francamente inusuales que se manifiestan en forma periódica. Aunque son atípicas, muchos de nosotros reconoceremos cierto grado de ellas en nuestro comportamiento o sentimientos, algunas veces externadas en cierto momento de nuestra vida, casi siempre reprimidas o presentes solamente en las fantasías privadas.

Un segundo aspecto se refiere a nuestro conocimiento de esas conductas. En la mayor parte de las explicaciones subsecuentes se supone lo siguiente: el individuo que manifiesta una conducta sexual de ese tipo es hombre, y la evidencia indica que se trata de varones en la mayor parte de los casos de conductas atípicas o parafilias (American Psychiatric Association, 2000; Seligman y Hardenburg, 2000). Sin embargo, la tendencia

Parafilia Término con que se designan tipos poco comunes de la expresión sexual.



Palabras para consultar en InfoTrac

● Parafilia

Conductas sexuales atípicas Las que normalmente no manifiesta la mayoría de la población en una sociedad.

a suponer lo anterior posiblemente se deba a la naturaleza sesgada en la presentación de informes y enjuiciamientos. Por ejemplo, el exhibicionismo femenino suele denunciarse menos que en los hombres. John Money (1981) señala que la conducta sexual atípica predomina más entre ellos porque la *diferenciación erotosexual* (aparición de la excitación en respuesta a varios tipos de imágenes o de estímulos) es más compleja y sujeta a más errores que entre las mujeres.



Pensamiento crítico

En su opinión, ¿el condicionamiento social y cultural propicia una incidencia mucho más alta de la conducta sexual atípica entre los hombres que entre las mujeres? Explique su respuesta afirmativa o negativa.

Un tercer aspecto consiste en que las conductas atípicas ocurren frecuentemente en grupos. Es decir, una parafilia al parecer aumenta la probabilidad de que se manifiesten otras en forma simultánea o sucesiva (Bradford y colaboradores, 1992; Durand y Barlow, 2000). La investigación dedicada a los hombres cuyas parafilias requirieron intervención médica o legal revela lo siguiente: la mitad de los que habían realizado más de una parafilia y casi uno de cada cinco habían practicado cuatro o más de estas expresiones (Abel y Osborn, 2000). Según una hipótesis que explicaría este efecto agrupador, la realización de una conducta atípica —el exhibicionismo por ejemplo— aminora tanto las inhibiciones del participante, que aumentan las probabilidades de que realice otra, como el voyeurismo (Stanley, 1993).

Un último aspecto es el efecto que la conducta sexual atípica tiene en las personas que la realizan y en aquel a quien va dirigida. Los sujetos que tienen comportamientos sexuales inusuales por lo regular necesitan ese tipo de estimulación para alcanzar la satisfacción erótica. A menudo la conducta es un fin en sí mismo. En ocasiones sus actos enajenan a otros. De ahí que les sea difícil establecer relaciones íntimas satisfactorias con parejas. Y por el contrario, su expresión sexual se caracteriza por la soledad, la impulsividad e incluso la compulsión. Algunas de esas conductas afectan a otros cuyo espacio personal violan en forma coercitiva e invasora. En la siguiente sección estudiaremos la distinción entre las parafilias coercitivas y las no coercitivas.

Parafilias no coercitivas y coercitivas

Un rasgo distintivo de las parafilias es el hecho de que incluyan o no un elemento de coerción. Algunas son exclusivamente actividades solitarias o participan en ellas adultos que acceden a intervenir, observar o a efectuar la particular variante conductual. Como no se les obliga y tampoco se violan sus derechos fundamentales, para muchos autores se trata de conductas atípicas (no coercitivas) benignas o inofensivas. El episodio con que inicia el capítulo cae dentro de esta categoría. Pero como veremos luego, a veces estos comportamientos no coercitivos producen consecuencias negativas para quienes son atraídas a esta esfera de influencia.

Algunas parafilias —entre ellas el voyeurismo y el exhibicionismo— son claramente coercitivas o invasoras, pues afectan a individuos no dispuestos a participar. Más aún, la investigación indica que esa experiencia puede ocasionarles un trauma psicológico. Piensan que sufrieron una violación o que son vulnerables al abuso físico, y temen que se repita ese tipo de episodios. Esta es una razón por la que muchas de estas parafilias son ilegales. En el otro extremo se hallan muchas personas a quienes este tipo de experiencias no les perjudica. Por eso, y porque muchas de esas conductas no requieren contacto físico o sexual con otro, las autoridades ven en ellas transgresiones sexuales menores (llamadas a veces *ofensas menores*). Pero se sabe que algunos individuos parten de ellas para cometer tipos graves de abuso sexual. Esto nos lleva a reconsiderar si se trata verdaderamente de ofensas “menores” (Bradford y colaboradores, 1992; Fedora y colaboradores, 1992). Esto lo veremos más a fondo a lo largo del capítulo.

Al hablar de las parafilias coercitivas y no coercitivas veremos cómo se expresan las características de quienes las practican y los factores que favorecen su desarrollo. En el capítulo 17 estudiaremos algunas formas más graves de la coerción sexual, como la violación, el incesto y el abuso infantil.

► Parafilias no coercitivas

En esta sección explicaremos primero cuatro tipos comunes de parafilias no coercitivas: fetichismo, fetichismo travesti, sadismo sexual y masoquismo sexual. También nos referiremos a cuatro tipos menos frecuentes de ellas.

Fetichismo

El **fetichismo** designa una conducta sexual en la que el individuo se excita sexualmente al concentrarse en un objeto inanimado o en una parte del cuerpo humano. Igual que en muchas otras conductas atípicas, a menudo no es fácil distinguir entre las actividades normales que podrían tener un matiz fetichista y las que son auténticas parafilias. Muchas personas alcanzan la excitación erótica con sólo ver la ropa interior y algunas partes del cuerpo: pies, piernas, nalgas, muslos y senos. Muchos hombres y algunas mujeres usan prendas de vestir y otras parafernalias para masturbarse o en la actividad sexual con su pareja. El término *fetichismo* se aplica sólo cuando alguien se concentra exclusivamente en esos objetos o partes del cuerpo (Lowenstein, 2002). Algunas veces una persona no logra la excitación sexual ni el orgasmo en ausencia del objeto fetichista. Otras veces, cuando el apego no es tan fuerte, la respuesta sexual se da sin la presencia del objeto, sólo que con menor intensidad. En ocasiones éste sustituye el contacto humano, pero se prescinde de él cuando se cuenta con una pareja. He aquí algunos objetos fetichistas: ropa íntima de mujer, zapatos (especialmente con tacones altos), botas (a menudo asociadas al dominio), cabello, medias (sobre todo las mallas de red de color negro) y varios artículos de piel, seda o caucho (American Psychiatric Association, 2000; Davison y Neale, 1993).

¿Cómo se desarrolla el fetichismo? Una forma consiste en incorporar el objeto o parte del cuerpo —a menudo mediante la fantasía— en un episodio de masturbación donde la asociación fetichista se refuerza a través del orgasmo (Junginger, 1997). Otra explicación del origen de varios casos se remonta a la infancia. Algunos niños aprenden a asociar la excitación sexual con objetos (los calzones o zapatos por ejemplo) que pertenecen a alguien importante para ellos, como su madre o una hermana mayor (Freund y Blanchard, 1993). El proceso a través del cual ocurre eso recibe a veces el nombre de *transformación simbólica*: el objeto fetichista adquiere la fuerza o esencia de su dueño, de modo que el niño (generalmente un varón) responde frente a él como lo haría ante la persona (Gebhard y otros, 1965). Si tal patrón del comportamiento se consolida, el niño tendrá pocas o nulas interacciones sexuales con otros a lo largo de su desarrollo, e incluso en la adultez posiblemente siga sustituyendo a través de esos objetos el contacto sexual con seres humanos.

Sólo rara vez el fetichismo se desarrolla en acciones que lastimen a la gente. En ocasiones se cometen robos para obtener un objeto fetichista, como en el siguiente caso.

Hace algunos años había un ladrón de brasieres en el vecindario. Si una lo dejaba colgado en el tendedero, corría el peligro de que lo robara. El ladrón también se llevaba calzones, pero mostraba una marcada preferencia por los brasieres. Hablé con otras vecinas que tenían el mismo problema. El ladrón seguramente acumuló una gran colección. Nunca supe que lo atraparan. Tal vez decidió marcharse a otro barrio porque los robos cesaron de repente. (Archivo de los autores.)

Fetichismo Conducta sexual en la cual una persona logra la excitación sexual principal o exclusivamente con un objeto inanimado o una parte determinada del cuerpo.



© Thomas Hoeffgen/Getty Images

Los objetos inanimados o una parte del cuerpo humano —los pies por ejemplo— pueden causar la excitación sexual en algunos individuos.



© David Muscroft/SuperStock



Royalty-Free/cnra

Entre los objetos comunes del fetichismo se cuentan la ropa interior y los zapatos. Quienes lo practican se excitan con estos objetos inanimados de uso común.

El robo es la transgresión grave más frecuente que se relaciona con el fetichismo (Lowenstein, 2002). Rara vez el fetichista hará cosas extrañas, como cortar el cabello a alguien contra su voluntad. En casos muy poco frecuentes llegará incluso a mutilar y asesinar a su víctima con tal de conservar algunas partes del cuerpo para actividades masturbatorias fantasiosas.

Fetichismo travesti



Palabras para consultar en InfoTrac

● Fetichismo

Hasta hace poco a las personas no transexuales que usaban ropa considerada del otro sexo se les etiquetaba generalmente como *travestis*. Hoy se establece que el término se aplica correctamente sólo a los que se ponen exclusivamente ropa considerada del otro sexo para alcanzar la excitación sexual (Langstrom y Zucker, 2005). El elemento sexual del travestismo los distingue de los imitadores femeninos que usan ropa de mujer para entre-

tener, de los homosexuales que a veces van como “reinas” para atraer a los hombres o para *jotear*, y de los transexuales que, como señalamos en el capítulo 3, desean obtener una sensación parcial de realización física y emocional, pero no para excitarse sexualmente.

El travestismo abarca una amplia gama de conductas. Algunos se visten totalmente con las prendas consideradas del otro sexo. A menudo se trata de una actividad solitaria que llevan a cabo en la intimidad del hogar. A veces, una persona sale de la ciudad vestido de esa manera, aunque rara vez lo hace. En términos generales se trata de una actividad momentánea que produce una excitación sexual, la cual suele culminar en la satisfacción masturbatoria o teniendo sexo con una pareja. En muchos casos la persona se excita al ponerse una prenda solamente, quizá una pantaleta o un brasier. Dado que esto contiene un elemento decididamente fetichista (Freund y colaboradores, 1996), la American Psychiatric Association (2000) formalizó el nexo entre travestismo y fetichismo al colocarlos en la categoría diagnóstica de **fetichismo travesti**. La característica distintiva en este caso consiste en que la prenda se usa y no sólo se contempla o acaricia, como ocurre en el fetichismo.

Según la American Psychiatric Association (2000), el diagnóstico del fetichismo travesti se aplica correctamente a los heterosexuales que sufren un importante estrés psicológico o un deterioro de su función a causa de sus fantasías e impulsos sexuales recurrentes o de un comportamiento travesti que por lo menos dura seis meses.

En la actualidad, los miembros de la comunidad transgénerica (*cfr.* capítulo 3), que cada vez reciben mayor atención tanto en la literatura especializada como en los medios masivos, sostienen que el travestismo es a menudo una fuente apropiada

Fetichismo travesti

Conducta sexual en la cual un individuo se excita al ponerse ropa considerada del otro sexo.

y legítima de excitación y expresión sexual, no un indicador de trastorno conductual o de problemas psicológicos. En consecuencia, rechazan la designación de fetichismo travesti junto con su connotación de anormalidad.

Conforme a los criterios diagnósticos antes mencionados, el fetichismo travesti es del dominio exclusivo de los heterosexuales. Todo indica que los varones suelen sentirse atraídos por él. Al parecer eso sucede en todas las sociedades modernas para las cuales disponemos de estadísticas. No obstante, en la literatura clínica se registran casos aislados de mujeres que recurren a esta práctica para conseguir placer sexual (Bullough y Bullough, 1993; Stoller, 1982).

Varios estudios dedicados a las poblaciones clínicas y no clínicas revelan que el fetichismo travesti ocurre principalmente entre varones casados con una orientación predominantemente heterosexual (Brown, 1990; Bullough y Bullough, 1997; Doctor y Prince, 1997).

Como en el caso del fetichismo y otras conductas atípicas, el fetichismo travesti frecuentemente revela un patrón de condicionamiento. El reforzamiento, en la forma de excitación y orgasmo, puede acompañar las actividades travestis en una etapa temprana del desarrollo del interés sexual, como se advierte en la siguiente anécdota.

Cuando tenía unos 11 o 12 años de edad, me fascinaban y excitaban las ilustraciones de revistas con mujeres que modelaban prendas íntimas. Me procuraba enorme placer masturbarme mientras las miraba. Más tarde empecé a incorporar la ropa interior de mi madre en el ritual; al principio me limitaba a tocarla con una mano y más tarde comencé a ponérmela y a verme en el espejo mientras realizaba mi "trabajo manual". Ahora que soy adulto, tengo numerosos encuentros sexuales con mujeres y experimento un gran placer sin ponerme ropa de mujer. Pero todavía lo hago a veces cuando estoy solo, logrando siempre una gran excitación. (Archivo de los autores.)



© Zen Icknow/Corbis

Muchas personas que practican el fetichismo travesti piensan que es una fuente apropiada y legítima de excitación y expresión sexual, y de ninguna manera un trastorno o problema.

Sadismo y masoquismo sexuales

Sadismo y masoquismo a menudo se explican dentro de la categoría común de **conducta sadomasoquista**, porque son dos variaciones del mismo fenómeno: asociar la expresión sexual con el dolor. Más aún, también su dinámica es similar y se traslapa. Por tanto, en este apartado nos referiremos frecuentemente a la conducta o actividades sadomasoquistas (SM, por sus siglas en inglés). No obstante, quien efectúe una de ellas no necesariamente hará la otra también; por lo tanto, en la actualidad sadismo y masoquismo son dos conductas diferentes. La American Psychiatric Association (2000) hace hincapié en esta distinción al incluir estas parafilias como dos categorías individuales: **sadismo sexual** y **masoquismo sexual**. La segunda es la única parafilia que se observa con cierta frecuencia en las mujeres (American Psychiatric Association, 2000). (Quienes realizan conductas SM las clasifican a menudo como esclavitud-*(bondage)*-dominación-sadismo-masoquismo (BDSM)[Gross, 2006]).

No es fácil designar una conducta como sadismo o masoquismo sexual porque muchos disfrutaban alguna forma de interacción agresiva durante el escarceo amoroso ("mordidas cariñosas", por ejemplo) que sería incorrecto clasificar como *sadomasoquista*. Alfred Kinsey y sus colegas descubrieron que 22% de los varones y 12% de las mujeres de su muestra emitían una reacción erótica al escuchar historias con temas sadomasoquistas. En otra investigación, aproximadamente 25% de hombres y mujeres experimentaban la misma reacción al recibir mordidas amorosas durante la interacción sexual (Gross, 2006). Hunt (1974) observó que 10% de los varones y 8%

Conducta sadomasoquista (SM)

Combinación de la expresión sexual con el dolor.

Sadismo sexual Consiste en conseguir la excitación sexual causando dolor físico o psicológico.

Masoquismo sexual Consiste en lograr la excitación sexual recibiendo dolor físico o psicológico.



de las mujeres de su muestra (integrada por sujetos menores de 35 años) obtenían placer sexual de actividades SM con una pareja. En otra encuesta aplicada a 975 hombres y mujeres se descubrió que 25% había efectuado alguna forma de sadomasoquismo con una pareja (Rubin, 1990). Estas estadísticas revelan lo siguiente: la facilidad para contactar —gracias a Internet— a individuos con este tipo de tendencias ha aumentado el número

de personas que empiezan a explorar sus intereses sadomasoquistas (Gross, 2006; Kleinplatz y Moser, 2004).

Aunque las prácticas SM tienen el potencial de causar daño físico, la mayoría de los participantes no rebasan los límites aceptados mutuamente, limitándose a efectuar actos benignos e incluso simbólicos con una pareja confiable. En las formas moderadas de sadismo sexual, el dolor ocasionado suele ser más simbólico que real. Así, a la pareja condescendiente se le “golpea” con una pluma o con un objeto blando que supuestamente se parece a un garrote. En tales circunstancias, el mero hecho de aparentar sufrimiento basta para producirle excitación erótica al que causa dolor simbólico.

Las personas con tendencias masoquistas se excitan cuando les dan latigazos, cuando les introducen agujas, los atan o nalguean. El grado de dolor que alguien debe sentir para excitarse sexualmente incluye desde golpes simbólicos o muy ligeros hasta —rara vez por cierto— fuertes golpizas o mutilaciones. El masoquismo sexual se observa en quienes logran la excitación erótica cuando “los desprecian, los humillan o los obligan a realizar tareas serviles, sucias o degradantes” (Money, 1981, p. 83). Es falsa la idea tan difundida de que cualquier tipo de dolor —tanto físico como mental— los excita. El dolor debe asociarse con un encuentro preparado cuyo propósito explícito es la gratificación sexual.

En otra versión del masoquismo, el placer se obtiene al ser atado, amarrado o al sufrir otro tipo de restricción. Esta conducta, llamada *bondage* o *esclavitud*, suele efectuarse con alguien dispuesto a atar o restringir al individuo, administrándole además un *castigo*, como una paliza o nalgadas (Santilla y colaboradores, 2002). Una encuesta a 975 hombres y mujeres heterosexuales reveló que el *bondage* es una práctica bastante generalizada: una cuarta parte de los entrevistados señaló que realizaba alguna forma de esclavitud durante algunos de sus encuentros sexuales (Rubin, 1990).

Según los resultados de la investigación, muchos individuos que llevan a cabo actividades sadomasoquistas no participan exclusivamente en ellas. A menudo, obligados por la necesidad, alternan los dos papeles, porque es difícil encontrar una pareja que prefiera sólo causar o recibir dolor. Al parecer, la mayoría prefiere uno de los dos papeles, pero algunos desempeñan ambos con igual deleite (Mosher y Levitt, 1987; Taylor y Ussher, 2001).

La investigación indica que hay menos personas con tendencias sádicas que su contraparte masoquista (Sandnabba y colaboradores, 1999). Este desequilibrio podría deberse a un guión social general: es más virtuoso recibir castigo que agredir a otros en forma física o mental. La persona que requiere un intenso dolor para una respuesta sexual difícilmente encontrará a alguien dispuesto a ayudarlo. En consecuencia, optará por causarse dolor a sí misma por medio de quemaduras o mutilaciones. Lo mismo se aplica a quien necesite causar un dolor intenso para excitarse aunque ofrezca un premio. A veces se mencionan en la prensa ataques sádicos contra víctimas involuntarias: dentro de esta categoría cae el asesinato clásico por lujuria (Money, 1990). En tales casos el orgasmo se consigue mediante la violencia homicida.

Muchas personas en las sociedades occidentales contemporáneas tienen una idea muy negativa del sadomasoquismo, actitud sin duda comprensible, sobre todo para quienes el sexo es una interacción tierna y amorosa entre dos personas que desean compartir el placer. Sin embargo, en gran medida ello se debe a una percepción generalizada de estas prácticas como tipos perversos de la expresión sexual que inclu-

Bondage o esclavitud

Conducta sexual en la que un individuo obtiene placer sexual al ser encadenado, atado o sometido a otro tipo de restricción.



© Howard Kingsnorth/Getty Images

Algunas personas obtienen placer sexual mediante la restricción creada por arneses de cautiverio y por la representación de los papeles correspondientes.

yen un gran dolor, sufrimiento y degradación. Se supone que quienes las realizan no son participantes voluntarios, sino víctimas.

Un grupo de investigadores puso en tela de juicio semejantes suposiciones señalando que el modelo médico tradicional del sadomasoquismo como un estado patológico se basa en una pequeña muestra de individuos que requieren atención especializada por graves trastornos o problemas de personalidad. Como en el caso de otras conductas atípicas que se exponen en este capítulo, a juicio de esos investigadores, es un error extraer conclusiones de una muestra poco representativa. Ellos efectuaron un trabajo de campo en ambientes no clínicos, entrevistando a varios sujetos sadomasoquistas y observando su conducta en situaciones de lo más heterogéneo, donde la conducta de algunos de ellos correspondía a las ideas tradicionales también comprobaron lo siguiente: en la generalidad de los casos se trataba simplemente de una forma de mejoramiento sexual que incluía elementos de dominio y sumisión, representación de papeles y aceptación, “en los cuales muchos de ellos habían aceptado por mutuo acuerdo explorar todo eso en forma conjunta” (Weinberg y colaboradores, 1984, p. 388). En otro estudio de 164 varones miembros de clubes con orientación sadomasoquista, se descubrió que presentaban un buen ajuste social y que “la conducta sadomasoquista era principalmente un aspecto facilitador de su vida sexual” (Sandnabba y colaboradores, 1999, p. 273).

Muchos de quienes llevan a cabo actividades sm están motivados por el deseo de sentir dominio y/o sumisión en vez de dolor (Weinberg, 1987, 1995). Ese deseo se refleja en el siguiente episodio descrito por una estudiante en el curso de sexualidad.

A veces fantaseaba respecto del sadomasoquismo. Quería tener un sexo salvaje, animal, bajo el control de mi esposo. Deseaba que me “obligara” a hacer cosas. Sería un momento de dominio y de un pequeño dolor. Yo había leído libros y había hablado con gente sobre el tema; algunas cosas me causan terror, pero lo disipaba gracias a la excelente relación con mi marido. Parece un juego tonto, pero me excita tremendamente pensar en ello. Quizá algún día se cumplan mis deseos. (Archivo de los autores.)

Estudios de la conducta sexual en otras especies revela que, antes del coito, muchos animales realizan lo que podríamos catalogar como conducta de lucha o causante de dolor (Gross, 2006). En opinión de algunos teóricos, esa actividad tiene un evidente valor neurofisiológico: intensifica otros aspectos de la excitación erótica, como presión sanguínea, tensión muscular e hiperventilación (Gebhard y colaboradores, 1965). Por varias razones (entre ellas culpa, ansiedad o apatía), algunas personas requieren estímulos no sexuales adicionales para alcanzar el nivel adecuado de excitación. También se ha señalado que la resistencia o la tensión de la pareja intensifica el sexo y que el sadomasoquismo no es más que una versión más extrema de este principio común (Tripp, 1975).

El sadomasoquismo posiblemente ofrezca a los participantes la oportunidad de escapar del papel restrictivo y rígidamente controlado que deben desempeñar en la vida diaria. Según esta hipótesis, los hombres que efectúan este tipo de actividad tienden más a desempeñar papeles masoquistas que las mujeres (Baumeister, 1997). En otra teoría, el masoquismo es un intento por escapar de altos niveles de autoconciencia: igual que con otras conductas (la borrachera por ejemplo) en que el sujeto intenta perderse, ésta bloquearía las ideas y sentimientos indeseables, sobre todo los causantes de ansiedad, culpas, sensación de inadecuación o inseguridad (Baumeister, 1988).

Los estudios clínicos revelan que las experiencias tempranas tal vez hayan creado un nexo entre el sexo y el dolor. Así, recibir castigo por realizar actividades sexuales (como la masturbación) podría hacer que un niño o un adolescente asocie ambas cosas. Quizá el niño se excite sexualmente al ser castigado; por ejemplo, tener una erección o lubricación en el momento en que le bajen los pantalones y le propinen unas nalgadas (dar o recibir nalgadas es una actividad sadomasoquista común).

Muchas personas —la mayoría quizá— que participan en acciones sadomasoquistas no las necesitan para lograr la excitación ni el orgasmo. Con frecuencia la tendencia sm existe junto con deseos sexuales más tradicionales (Kleinplatz y Moser,

2004). Los que practican esporádicamente esta parafilia descubren que por lo menos una parte de su excitación y del encanto erótico se debe a que rompieron con prácticas sexuales más convencionales. Otros que se satisfacen con el sm posiblemente hayan adquirido fuertes sentimientos negativos respecto del sexo: a menudo están convencidos de que es pecado e inmoral. En tales casos, la conducta masoquista se convierte en un mecanismo liberador de la culpa: obtienen placer al ser castigados o primero soportan el castigo que les abre las puertas del placer. Similarmente, la gente que se satisface con el sadismo quizá esté castigando a su pareja por realizar un “acto tan malvado”. Y quienes tienen poca autoestima en el aspecto personal o sexual, aliviarán temporalmente su frustración realizando acciones sádicas de dominio sobre la pareja.

Otras parafilias no coercitivas

En esta sección vamos a estudiar otras cuatro clases de parafilias no coercitivas que son poco comunes e inclusive raras. Iniciamos la exposición describiendo la asfixia autoerótica, una modalidad peligrosa de la variada conducta sexual. Ofreceremos luego un breve comentario sobre las tres parafilias restantes: clismafilia, coprofilia y urofilia.

Asfixia autoerótica

La **asfixia autoerótica**, llamada también *hipoxifilia* o *asfixiofilia*, es una parafilia poco frecuente que pone en peligro la vida. El individuo —casi siempre un varón— trata de disminuir el aporte de oxígeno al cerebro durante un estado intensificado de excitación sexual (American Psychiatric Association, 2000; Stanley, 1993). La privación de oxígeno suele conseguirse aplicando presión al cuello con una cadena, un cinturón de cuero, una ligadura o un lazo corredizo (alrededor del cuello). En ocasiones se emplea como medio de asfixia una bolsa de plástico o la compresión del tórax. La persona que realiza este tipo de prácticas lo hace sola o con alguien más.

Los datos disponibles sólo permiten hacer suposiciones sobre lo que motiva la asfixia autoerótica. Quienes la practican rara vez la mencionan a sus parientes, amigos o terapeutas, y mucho menos explican las causas por las que participan en este tipo de comportamientos (Garza-Leal y Landron, 1991; Saunders, 1989). Al parecer intentan aumentar la excitación sexual y la intensidad del orgasmo. Entonces se atan al cuello el objeto con el que logran la privación de oxígeno (una cuerda por ejemplo) para excitarse más durante la masturbación, y luego lo desatan en el momento del orgasmo. A menudo recurren a técnicas muy complejas que les permitan liberarse del objeto estrangulador antes de perder el conocimiento.

Quizá el aumento de la excitación por la privación de oxígeno obtenida mediante presión se relacione con los informes de que el orgasmo se intensifica inhalando nitrato de amilo (*poppers*), sustancia con la que se trata el dolor cardíaco. Se sabe que reduce temporalmente la oxigenación del cerebro al dilatar las arterias de la periferia que le suministran sangre.

A juicio de algunos investigadores, la asfixia autoerótica es una variable sumamente inusual del masoquismo en la que los participantes representan los rituales del *bondage* (American Psychiatric Association, 2000; Cosgray y colaboradores, 1991). Quienes los realizan llevan a veces un diario con fantasías complicadas de *bondage*, y en ocasiones imaginan que son asfixiados o dañados por otros.

Un dato importante respecto de esta parafilia poco frecuente: se trata de una actividad extremadamente peligrosa que a veces ocasiona la muerte (Cooper, 1996; Cosgray y colaboradores, 1991; Garos, 1994). A menudo ocurren muertes accidentales por una falla del equipo o por error humano; uno de estos últimos es la colocación del nudo o ligadura. Conforme a los datos de Estados Unidos, Inglaterra, Australia y Canadá, uno de dos fallecimientos anuales por cada millón de personas se debe a la asfixia autoerótica (American Psychiatric Association, 2000). El Federal Bureau of

Asfixia autoerótica
Intensificación de la excitación sexual y del orgasmo mediante la privación de oxígeno.



Palabras para consultar
en InfoTrac

- Asfixia autoerótica

Investigation estima que las muertes en Estados Unidos atribuibles a esta actividad llegan a ser tantas como 1 000 por año.

Clismafilia

La **clismafilia** es una variante poco común de la expresión sexual; en ella se obtiene placer al recibir enemas (Agnew, 2000). También, aunque con menor frecuencia, se obtiene placer administrándolos. La historia de casos de muchos que la practican indica que en la infancia o en la niñez temprana recibían enemas de madres afectuosas o muy interesadas en ellos. Posiblemente la asociación entre la atención afectuosa y la estimulación anal haya erotizado la experiencia en algunas personas; por tanto, en la adultez manifestarán la necesidad de recibir un enema que sustituya el coito o que lo prepare.

Clismafilia Variante inusual de la expresión sexual en la cual un individuo obtiene placer sexual al recibir enemas.

Coprofilia y urofilia

Coprofilia y **urofilia** designan actividades en las que la excitación sexual se obtiene a través del contacto con heces y orina, respectivamente. Los que practican la coprofilia alcanzan altos niveles de excitación al ver a alguien defecar o cuando ellos lo hacen en otra persona. Rara vez se excitan cuando alguien defeca sobre ellos. La urofilia se manifiesta orinando sobre alguien o al ser orinado. Como se aprecia en el episodio con que inicia el capítulo, se le conoce como “deporte acuático” o “lluvia de oro”. No se sabe con certeza el origen de estas parafilias poco frecuentes.

Coprofilia Parafilia en la que una persona se excita sexualmente mediante el contacto con heces.

Urofilia Parafilia en la que un sujeto logra la excitación sexual mediante el contacto con la orina.

► Parafilias coercitivas

En esta sección vamos a explicar primero tres tipos comunes de conducta parafílica: exhibicionismo, llamadas telefónicas obscenas y voyeurismo. Posteriormente nos referiremos a otros tres: froteurismo o frotismo, zoofilia y necrofilia.

Exhibicionismo

El **exhibicionismo**, llamado también *exposición indecente*, es una conducta en la que una persona (casi siempre varón) muestra sus genitales a un observador involuntario (generalmente una mujer adulta o una joven) (American Psychiatric Association, 2000; Marshall y colaboradores, 1991). Por lo regular, el hombre que la practica logra la gratificación sexual al masturbarse brevemente en un momento posterior valiéndose, para excitarse más, de imágenes mentales de la reacción del observador. Mientras tienen sexo con su pareja, algunos imaginan exponerse o reproducen las imágenes de episodios anteriores. Otros tienen orgasmo desencadenado por el acto de exposición, y hay quienes se masturban en el momento de exhibirse (American Psychiatric Association, 2000; Freund y colaboradores, 1988). El comportamiento exhibicionista se ve reforzado enormemente cuando la excitación y el orgasmo se asocian con el acto de exposición o con la fantasía del mismo, lo cual contribuye al mantenimiento de la conducta (Blair y Lanyon, 1981). La exhibición tiene lugar en varios lugares, normalmente en aquellos de donde se pueda escapar fácilmente. El metro, las calles poco frecuentadas, los parques públicos y automóviles con una puerta abierta son algunos de los preferidos. No obstante, en ocasiones un lugar privado es el escenario escogido, como se aprecia en el siguiente caso.

Exhibicionismo Acción de mostrar los genitales a un observador involuntario.

Una noche quedé asombrada al abrir la puerta de mi departamento y encontrarme frente a un hombre desnudo. Lo miré bastante tiempo como para darme cuenta de que se había desnudado para ese momento, y luego le cerré la puerta en las narices. Nunca regresó. Estoy segura de que deseaba ver mi cara de espanto. Pero es difícil mantener la compostura cuando uno abre la puerta y se halla frente a un hombre desnudo. (Archivo de los autores.)



Palabras para consultar en InfoTrac

- Exhibicionismo



Pensamiento crítico

A la gente suele preocuparle mucho menos el exhibicionismo femenino que el masculino. Por ejemplo, si una mujer observa a un hombre desnudarse frente a una ventana, podría acusarlo de exhibicionista. Pero si se invierten los papeles y la mujer se desnuda, al hombre se le tacharía de voyeurista. ¿Qué opina de este tipo de discriminación sexual al etiquetar esas conductas?



© Jutta Klee/Corbis

A menudo los exhibicionistas quieren provocar una reacción de excitación, desconcierto, miedo o terror. La respuesta más adecuada consiste en no hacerles caso y no interrumpir lo que estaba uno haciendo.



Salud sexual

Sin duda muchos de nosotros tenemos tendencias exhibicionistas. Vamos a playas nudistas, nos gusta andar desnudos frente a nuestra pareja, usamos ropa provocativa o un minitraje de baño. Pero todo ello se considera apropiado en una sociedad que de muchas maneras explota y celebra el erotismo del cuerpo humano. El hecho de que la conducta ilegalmente exhibicionista suele incluir a observadores involuntarios la distingue de esas variantes más aceptables.

El conocimiento de quienes presentan esta conducta se basa principalmente en estudios de los exhibicionistas arrestados, una muestra que no siempre es representativa. Estamos frente a un problema de muestreo común a muchas clases de conducta atípica definidas como ilegales. No obstante, con los datos disponibles —por limitados que sean— se extrae una conclusión: la mayoría de los infractores son varones de entre 20 y 30 años y más de la mitad está casado o lo estuvo antes (Murphy, 1997). Se trata de individuos tímidos, no asertivos, que se sienten inadecuados e inseguros, e incapaces de lograr la intimidad (Arndt, 1991; Marshall y colaboradores, 1991). Sus relaciones sexuales casi siempre han sido insatisfactorias. Muchos fueron criados en un ambiente puritano donde se inducían actitudes vergonzantes hacia la sexualidad.

Varios factores influyen en el origen de esta conducta. Muchos individuos muestran un sentimiento tan profundo de inadecuación personal que temen relacionarse con los demás por la posibilidad de ser rechazados (Minor y Dwyer, 1997). Su exhibicionismo constituye entonces un intento de que otros participen, aunque sea en forma fugaz, en su expresión sexual. Para reducir al mínimo la posibilidad del rechazo, abren brevemente su impermeable y desaparecen al instante. Algunos lo hacen impulsados por el deseo de afirmar su masculinidad. Otros se sienten aislados y no apreciados; buscan por tanto la atención a cualquier costo. Unos cuantos lo hacen llevados por la ira y la hostilidad hacia la gente —en especial hacia la mujeres— que no se percatan de su presencia o que supuestamente les han causado un dolor emocional. En tales casos la exposición representa una forma de represalia, cuyo fin es impactar o atemorizar a quienes se considera la causa del malestar. Por lo demás, el exhibicionismo no es raro en personas que sufren trastornos emocionales, discapacidad intelectual o desorientación mental. En tal circunstancia refleja un conocimiento limitado de lo que la sociedad considera acciones apropiadas, una pérdida total de los controles éticos, o ambas cosas.

En contraste con la imagen pública del exhibicionista como alguien que se oculta entre las sombras —listo para atrapar víctimas, secuestrarlas y violarlas— la mayoría de ellos se limita a exponer su desnudez (American Psychiatric Association, 2000). Pero el término *víctima* no es del todo inapropiado: los observadores de esta clase de actos pueden sufrir un trauma emocional con la experiencia (Cox, 1988; Marshall y colaboradores, 1991). Algunas víctimas sienten temor de ser violadas o que les causen otro tipo de daño físico. A raíz de estas experiencias, unos cuantos —en particular los niños de corta edad— adquieren actitudes negativas hacia la anatomía genital.

Los investigadores han comprobado esto: algunos exhibicionistas, una minoría probablemente, suelen atacar físicamente a sus víctimas (R. Brown, 2000). Más aún, parece probable que algunos lleguen a realizar actos más censurables, entre ellos la violación y el abuso infantil (Abel, 1981; Bradford y colaboradores, 1992).

¿Qué hacer si nos topamos con un exhibicionista? Ante todo recordemos lo siguiente: los exhibicionistas quieren provocar reacciones de excitación, desconcierto, miedo o terror. Aunque es difícil no emitir alguna de ellas, lo más conveniente es man-

tener la calma, ignorar el acto y reanudar las actividades normales. Por supuesto, es importante alejarse de él y denunciarlo cuanto antes a la policía o a las autoridades del campus. ■

Llamadas telefónicas obscenas

Los que hacen este tipo de llamadas —conocidas también con el nombre de *escatología telefónica*— comparten algunas características con los exhibicionistas. Por eso algunos especialistas las clasifican como un subtipo de exhibicionismo. Quienes las hacen se excitan sexualmente cuando la víctima emite una reacción de horror o de desconcierto; muchos de ellos se masturban durante un intercambio telefónico “exitoso” o después de él. Generalmente son varones que muestran un sentimiento generalizado de inadecuación e inseguridad (Matek, 1988; Nadler, 1968). Las llamadas telefónicas obscenas son a menudo la única manera con la que obtienen intercambios sexuales. Pero al relacionarse con el sexo opuesto suelen mostrar mayor ansiedad y hostilidad que los exhibicionistas, como se advierte en el siguiente caso.

Una noche recibí una llamada telefónica de un hombre que parecía bastante normal, hasta que empezó a decir una serie de obscenidades. Cuando yo estaba a punto de colgar el aparato, me dijo: “No cuelgue. Sé dónde vive (y me dijo mi dirección) y que tiene dos niñas pequeñas. Si no quiere verlas maltratadas, escuche lo que voy a decirle. Además, quiero que reciba mis llamadas todas las noches a la misma hora.” Aquello se convirtió en una verdadera pesadilla. Continuó llamando noche tras noche. Algunas veces me obligaba a escuchar mientras se masturbaba. Hasta que ya no pude soportar más y acudí a la policía. No consiguieron atraparlo, pero sí lo espantaron en poco tiempo. Gracias a Dios, porque yo estaba a punto de volverme loca. (Archivo de los autores.)

Por fortuna, estas personas rara vez acompañan la violencia verbal con un ataque físico contra la víctima.

¿Cuál es la mejor manera de resolver el problema de las llamadas telefónicas obscenas? La información sobre cómo hacerlo se obtiene en las oficinas de las compañías telefónicas. Hay que insistir, pues las oficinas atienden miles de quejas al respecto. A continuación, algunas sugerencias que vale la pena conocer. Si las cumple, quizá ni siquiera tenga que buscar ayuda externa.

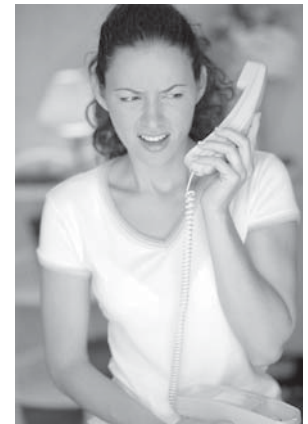
En primer lugar, lo más probable es que el transgresor haya escogido aleatoriamente el nombre de usted en un directorio telefónico, o quizá la conozca por alguna otra fuente y simplemente quiera averiguar cómo reaccionará. Las acciones subsecuentes de él dependerán de la respuesta inicial de usted. El que llama quiere que su escucha se sienta horrorizado, impactado u ofendido; por tanto, lo más conveniente es no darle gusto. Si usted cuelga el teléfono con violencia, le revelará su estado emocional y lo reforzará. Cuélguele, pues, con suavidad y reanude sus actividades. Si el teléfono vuelve a sonar, no conteste. Lo más probable es que el transgresor busque otras víctimas más sensibles.

He aquí otras tácticas de gran utilidad. Una de ellas, aplicada con mucho éxito por una de mis ex alumnas, consiste en fingir sordera: “¿Qué dijo? Por favor, hable más fuerte. No oigo bien, ¡por Dios!” Otra solución práctica consiste en colgar el teléfono asegurándole que va a contestar en la otra extensión (naturalmente nunca la descuelga). Finalmente, le recomendamos seleccionar las llamadas con una contestadora o identificadora. La otra persona en la línea desistirá al no encontrar alguien que le conteste.

En caso de que la molesten constantemente con llamadas telefónicas obscenas, quizá deba tomar otras medidas más enérgicas. La compañía de teléfonos debe cooperar y cambiar su número, dándole a cambio, sin cargo alguno, otro que no figura en el directorio. No recomendamos colocar un silbato policiaco en el teléfono (dispositivo que causa dolor e incluso daño al oído): quizá el otro recurra a la misma táctica y usted saldrá perdiendo.



Salud sexual



© David Raymer/CORBIS

Aunque la reacción inicial ante una llamada obscena puede ser de horror, desconcierto o rechazo, lo más recomendable es no responder en una forma emocional. Si quien la hace no recibe la respuesta deseada, probablemente no vuelva a llamar.

La localización de las llamadas, servicio que ofrecen muchas empresas telefónicas, le ayudará a eliminar aquellas obscenas o amenazadoras. Luego de interrumpir la conexión, se introduce un código designado (*star 57* en Estados Unidos). La compañía entonces localiza automáticamente la llamada. Una vez hecho esto, envía una carta de advertencia al transgresor indicándole que ha sido identificado y que debe cesar su conducta ilegal. Si persiste, se le advierte que la policía intervendrá o que se emprenderá una acción civil en contra suya. La localización de llamadas no se aplica a las que se hacen desde un teléfono público ni de un celular. ■

Voyeurismo

Voyeurismo o escoptofilia Acción que consiste en obtener placer sexual observando —sin su consentimiento— a personas desnudas o realizando una interacción sexual.



Pensamiento crítico

¿Las desnudistas y bailarinas que realizan desnudos parciales o totales practican una forma de exhibicionismo? Explique su respuesta afirmativa o negativa. ¿Y qué decir de los que observan el espectáculo? ¿Son voyeuristas? ¿Qué distingue a los exhibicionistas y voyeuristas del resto de los asistentes?



Palabras para consultar en InfoTrac

● Voyeurismo

El **voyeurismo** o **escoptofilia** designa la obtención de placer sexual al contemplar cuerpos desnudos o actividades sexuales de otros —casi siempre desconocidos— sin su consentimiento (American Psychiatric Association, 2000). Puesto que en la sociedad se acepta cierto nivel de voyeurismo (lo cual se refleja en la popularidad de las películas con clasificación para adultos y en los sitios eróticos de Internet), a veces no es fácil determinar cuándo se convierte en un problema (Arndt, 1991; Forsyth, 1996). Para clasificar el voyeurismo se requiere lo siguiente: la conducta sexual atípica ha de preferirse a las relaciones sexuales, y debe practicarse con cierto nivel de riesgo o sumar ambas condiciones. El voyeurista suele excitarse sexualmente cuando el riesgo de ser descubierto es grande, lo cual explicaría por qué no le atraen lugares como los campos o playas nudistas, donde el mirar es aceptable (Tollison y Adams, 1979).

El voyeurismo es una práctica típicamente masculina, aunque no es exclusiva de los hombres (Davison y Neale, 1993). Incluye atisbar a través de las ventanas, colocarse en la entrada del baño de las damas y perforar hoyos en las paredes de los vestidores públicos. Algunos hombres recorren rutas tortuosas durante varias noches a la semana con tal de contemplar —por una ventana— algún desnudo o rara vez una escena de interacción sexual. En la actualidad ha aparecido una nueva modalidad de esta parafilia: con videocámaras de la más reciente tecnología se invade la intimidad de muchas víctimas involuntarias. Esta tendencia tan perturbadora se describe en el recuadro titulado “Voyeurismo a través del video”.

La tendencia a esta práctica se observa en personas que comparten algunas características con los exhibicionistas (Arndt, 1991; Langevin y colaboradores, 1979). Posiblemente tengan habilidades sociosexuales poco desarrolladas, además de fuertes sentimientos de inferioridad e inadecuación, especialmente en relación con posibles parejas sexuales (Kaplan y Krueger, 1997). Suelen ser hombres jóvenes, casi siempre de poco más de 20 años de edad (Davison y Neale, 1993; Dwyer, 1988). Rara vez “espían” a personas conocidas, pues prefieren hacerlo con extraños. La mayoría de las veces se contentan con mirar, manteniendo su distancia. Pero en ocasiones cometen delitos más graves, como incendio premeditado, atraco, agresión sexual y hasta violación (Abel y Osborn, 2000; Langevin, 2003).

Es difícil aislar los factores específicos causantes de la conducta voyeurista, sobre todo porque muchos de nosotros mostramos esa tendencia de una manera un poco más controlada. El adolescente o adulto joven que exhibe esta conducta siente mucha curiosidad por la actividad sexual (igual que muchos de nosotros), sólo que también se siente inadecuado o inseguro. Entonces el voyeurismo —físicamente presente o mediante una videocámara oculta— constituye una satisfacción vicaria porque quizá se siente incapaz de consumir la relación sexual sin experimentar una gran ansiedad. En algunos casos su conducta se ve reforzada por la sensación de poder y superioridad sobre aquellos a quienes observa en secreto.



Pensamiento crítico

¿Es éticamente aceptable visitar sitios web que ofrezcan videos tomados con cámaras ocultas o no autorizados de la vida privada de la gente? Explique su respuesta afirmativa o negativa.

Voyeurismo a través del video

Los adelantos tecnológicos han agregado una nueva dimensión al voyeurismo, al que tal vez convenga más la designación de *voyeurismo a través del video*. Las cámaras de video —pequeñas y a un precio accesible— se emplean cada vez más para invadir y filmar algunos de nuestros momentos más privados. Después las imágenes se proyectan en Internet o en un reproductor VCR o DVD. Gracias a los aparatos de alta tecnología —ocultos en sitios como detectores de humo, letreros de salida, artefactos instalados en el techo y bolsas de gimnasio—, las personas poco escrupulosas propensas a espiar o deseosas de dinero fácil violan la privacidad de la gente al filmarlas subrepticamente.

Nos enteramos de esta clase de voyeurismo hace algunos años, cuando los medios de nuestro pueblo revelaron lo siguiente: las clientas de un salón de bronceado habían sido filmadas mientras se desvestían. Un caso más reciente, dado a conocer por los medios, es el de los dueños de una instalación pública en un lago de Nueva York, quienes habían instalada videocámaras ocultas en los baños y sanitarios y después exhibían la versión editada de la filmación para divertir a los clientes de un bar que también era propiedad de ellos (Hamblett, 1999). Esta clase de situaciones se han vuelto muy comunes: los medios nacionales y locales hablan de la proliferación de varias modalidades de voyeurismo a través de videos: cámaras ocultas en lugares como baños, duchas, cuartos con roperos, recámaras y debajo de los escritorios de mujeres que trabajan. Los teléfonos celulares con video y fotografías fijas han agregado un aspecto inquietante a la proliferación del voyeurismo a través de este medio.

Las personas que utilizan este tipo de cámaras lo hacen para satisfacer su apetito sexual o por dinero. Los avances tecnológicos en el equipo de video, junto con Internet, han permitido el nacimiento de un nuevo mercado financiero, donde emprendedores inmorales venden filmaciones secretas de la intimidad para ser vistas en VCR/DVD o en sitios web de pago por evento. Se registra un incremento extraordinario en este mercado de voyeurismo por Internet. Haga el siguiente ejercicio. Llame a su proveedor de web y teclee *voyeur*. Aparecerán muchas opciones. Esta multiplicidad de sitios que atraen

a los voyeuristas se ofrecen en pago por evento o por suscripción; el visitante puede conectarse para observar la actividad de personas —a menudo mujeres atractivas— que tal vez no sepan que están viéndolas.

Por desgracia las víctimas se enteran de que disponen de pocos recursos legales cuando los videos son vendidos por empresarios sin escrúpulos en países extranjeros donde los códigos jurídicos les permiten trabajar sin temor a represalias judiciales. En el momento actual 44 estados de la unión americana cuentan con algún estatuto que castiga el voyeurismo a través de video (Williams, 2005). Lamentablemente resulta difícil interpretarlos y hacerlos cumplir, debido a resquicios jurídicos y a un incremento impresionante de la vigilancia legal mediante videocámaras a partir del fatídico 11 de septiembre. Una ley federal aprobada en recientes fechas posiblemente contribuya a sortear dichos problemas. En efecto, la *Video Voyeurism Protection Act 2004* establece que constituye un delito filmar secretamente a quienes laboren en una propiedad federal, en situaciones donde la gente suponga que se respetará su intimidad. Si bien la ley sólo protege a los empleados federales y a los soldados, representa un paso importante para reducir esta modalidad onerosa de invasión de la privacidad. Confiamos en que los legisladores de todos los estados de la unión americana copien el lenguaje claro y fácil de esta ley tan urgente.

Confiamos asimismo en que más estados promulguen normas para castigar el voyeurismo a través de videos y que el público general se concientice de esta forma grave de invasión de la privacidad. Además, al conocer mejor el peligro que entraña, estaremos más atentos en situaciones donde podríamos ser víctimas. Por ejemplo, cuando se cambie en un gimnasio o club de salud, fíjese si no hay bolsas puestas de un modo que permitan filmar secretamente. Por supuesto, algunas cámaras pequeñas de tecnología avanzada pueden esconderse para dificultar la detección. Pero alguien enterado tendrá menos probabilidades de ser objeto de voyeurismo que una persona no informada, pues para ésta, el hecho de estar sola garantiza la privacidad personal.

Otras parafilias coercitivas

Terminamos nuestra exposición de las parafilias coercitivas con algunos comentarios breves sobre tres tipos de esta parafilia invasora. Las dos primeras —froteurismo y zoofilia— son en realidad bastante comunes. La tercera —necrofilia— es una modalidad rara y extremadamente aberrante de la expresión sexual.

Froteurismo o frotismo

El **froteurismo** es una parafilia coercitiva bastante frecuente que casi siempre pasa inadvertida. En ella un individuo, generalmente varón, obtiene placer sexual presionando o frotando su cuerpo contra el de una mujer totalmente vestida, en lugares públicos: un elevador, un autobús, un tren subterráneo, un evento deportivo o un concierto al aire libre. La forma más común de contacto se da entre el pene, de un hombre

Froteurismo Parafilia bastante común en la cual un sujeto obtiene placer sexual presionando o frotando su cuerpo con el de otra persona en un lugar abarrotado de gente.



El froteurismo es una parafilia bastante frecuente que se practica en lugares públicos de gran aglomeración, como autobuses, trenes subterráneos y conciertos al aire libre.

vestido, y las piernas o glúteos de la mujer. Con menor frecuencia el hombre le toca los muslos, la región púbica, los senos o las nalgas. Esta forma, llamada “tocamiento”, puede parecer involuntaria, y la mujer quizá no se percate del contacto o no le preste atención. A veces se siente agredida y se enfada (Freund y colaboradores, 1997).

El hombre que practica el froteurismo se excita y experimenta el orgasmo durante el acto. Comúnmente incorpora más tarde las imágenes mentales de sus acciones a las fantasías de masturbación. También muestra muchas de las características de quienes practican el exhibicionismo. A menudo se ve agobiado por sentimientos de inadecuación social y sexual. Sus breves y fugaces contactos con desconocidas en lugares atiborrados le permiten incluir a otras personas en su expresión sexual con seguridad y sin amenaza alguna.

Igual que en otras parafilias, no es fácil calcular la frecuencia de este tipo de práctica coercitiva. Un estudio reportó que 21% de universitarios normales o típicos había realizado uno o más actos de froteurismo (Templeman y Sinnett, 1991).

Zoofilia Parafilia en la que una persona tiene contacto sexual con animales.

Zoofilia

La **zoofilia** —llamada a veces *bestialismo*— designa un contacto sexual entre seres humanos y animales (American Psychiatric Association, 2000). El lector se preguntará por qué la clasificamos entre las parafilias coercitivas, pues no se obliga a otras personas a efectuar actos que evitarían en condiciones normales. En muchos casos de zoofilia cabe suponer que los animales también son participantes involuntarios, además de que los actos suelen ser coercitivos e invasivos. En consecuencia, nos parece conveniente asignar esta parafilia a la categoría de coercitivas.

En las poblaciones muestreadas por Kinsey, 8% de los hombres y 4% de las mujeres dijeron haber tenido una experiencia sexual con animales en algún momento de su vida. La frecuencia entre varones era más alta en quienes habían crecido en granjas (17% de ellos habían llegado al orgasmo durante el contacto). Los animales con los cuales copulaban con más frecuencia son los siguientes: ovejas, cabras, burros, aves de corral grandes (patos y gansos), perros y gatos. Los varones tienden más a tener contacto con los animales de granja a realizar la penetración pene-vagina o hacer que los animales les estimulen los genitales oralmente (Hunt, 1974; Kinsey y colaboradores, 1948; Miletski, 2002). Las mujeres tienden más a tener contacto con animales domésticos: éstos les lamen los genitales o ellas masturban a un perro. Con menor frecuencia algunas adiestran a un perro para que las monte y las penetre (Gendel y Bonner, 1988; Kinsey y colaboradores, 1953).

El contacto sexual con animales normalmente no es más que una experiencia transitoria entre los jóvenes que no tienen una pareja sexual o a quienes les está vedada (Money, 1981). En general, tanto los adolescentes varones como las mujeres que practican la zoofilia efectúan la transición a relaciones sexuales adultas con una pareja humana. La zoofilia verdadera —o no transitoria— existe sólo cuando se prefiere el contacto con animales, sin importar que se disponga de otras modalidades de la expresión sexual. Esta conducta, rara por cierto, se observa sólo en personas con profundos problemas psicológicos o una imagen distorsionada del sexo opuesto. Por ejemplo, un hombre que sienta un odio patológico contra las mujeres estará tentado a manifestarlo prefiriendo como pareja sexual a los animales que a una mujer. Sin embargo, algunos hombres no parecen encajar dentro de este perfil. En un reciente cuestionario anónimo enviado por Internet a 114 “zoófilos” autodefinidos, se descubrió lo siguiente: la razón principal de su preferencia era el deseo de afecto y de sexo placentero, no el odio a las mujeres (Williams y Weinberg, 2003).

Necrofilia

La **necrofilia** es una variación sexual extremadamente rara y consiste en que la gratificación sexual se consigue viendo un cadáver o copulando con él. Al parecer, se da exclusivamente entre los varones: sienten el impulso de extraer del cementerio los cuerpos recién enterrados o buscan trabajo en la morgue o en las funerarias (Tollison y Adams, 1979). Sin embargo, la gran mayoría de quienes laboran en esos lugares no muestra tendencia alguna a la necrofilia.

Se han registrado unos cuantos casos de necrófilos que matan a una persona para apoderarse de su cadáver (Milner y Dopke, 1997). En opinión de algunos expertos en patología criminal, el famoso Jeffrey Dahmer —un asesino de Milwaukee que mutilaba a sus víctimas varones— estaba motivado por irresistibles impulsos necrófilos. Por lo regular, los problemas que entraña el acceso a los cuerpos ha llevado a algunos sujetos con esas tendencias a conformarse con tener un contacto físico con cadáveres simulados. Algunas prostitutas acceden a este deseo: se empolvan para imitar la palidez de la muerte, se ponen una mortaja y permanecen inmóviles durante la cópula. Cualquier movimiento de su parte puede inhibir la excitación sexual del cliente.

Los hombres necrófilos casi siempre manifiestan un trastorno emocional severo (Goldman, 1992). Se consideran ineptos desde el punto de vista sexual y social, llegando incluso a odiar y a temer a las mujeres. En consecuencia, la única mujer “innocua” es aquella cuyo cuerpo sin vida representa una pareja sexual totalmente sometida e inofensiva (Rosman y Resnick, 1989; Stoller, 1977).

Necrofilia Parafilia poco común en la que se obtiene placer sexual viendo un cadáver o copulando con él.

❶ Adicción sexual: ¿mito, realidad o un simple término erróneo?

La literatura especializada, lo mismo que los medios de comunicación, han prestado mucha atención a un problema denominado comúnmente *adicción sexual*. La idea de que podemos llegar a ser dominados por un apetito sexual insaciable no es nueva, como lo ejemplifican los términos *ninfomanía* —aplicado a las mujeres— y *satirismo* o *donjuanismo* —aplicado a los hombres—. Muchos expertos siempre se han opuesto a esas etiquetas: son vocablos despectivos que provocan un innecesario sentido de culpa en quienes disfrutaban una vida sexual activa. Más aún, señalan que no puede asignarse una etiqueta que denote erotismo excesivo si no contamos con criterios claros de lo que constituye un nivel “normal”. Los criterios con los que se establecen las supuestas subanomalías de *hipersexualidad* —ninfomanía y satirismo— son subjetivos y valorativos. Por tanto, esas designaciones provienen de principios moralistas sin bases científicas, hecho que ha generado un fuerte rechazo de varios especialistas (Klein, 1991, 2003; Levin y Troiden, 1988). El psicoterapeuta Marty Klein (2003) muestra una actitud francamente crítica frente a la corriente que categoriza la adicción sexual, porque a su juicio explota el miedo a la propia sexualidad, patologizando además la conducta e impulsos eróticos que no son malsanos. No obstante, el concepto de *adicción sexual* ha logrado mayor legitimidad con la publicación de *Sexual Addiction* (1983), un libro de Patrick Carnes, cuyo título se cambió después por el de *Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction* (2001, 3a. ed.).

Según Carnes, muchas personas que realizan alguna de las conductas atípicas o parafilias descritas en este capítulo (así como algunas conductas coercitivas extremas como abuso infantil) externan síntomas de una adicción psicológica en la cual los síntomas de depresión, ansiedad, soledad e inutilidad se alivian temporalmente mediante una excitación sexual semejante a la obtenida con sustancias químicas que alteran el estado de ánimo, alcohol y cocaína entre ellas.

El concepto de adicción sexual ha captado la atención de la comunidad científica. A diferencia de Carnes y sus partidarios, quienes la consideran una categoría diagnóstica legítima, los opositores mencionan una “tradición continua en la litera-

tura sobre el tema que prescinde de la investigación empírica limitándose a presentar como un hecho meras conjeturas” (Chivers, 2005, p. 476). En opinión de muchos sexólogos, la adicción sexual no debería ser una categoría diagnóstica especial, por ser rara y no distinguirse de otros desórdenes compulsivos, como los juegos de azar y los trastornos alimentarios. También porque esta etiqueta niega la responsabilidad individual de las compulsiones sexuales “incontrolables” que victimizan a otros (Levine y Troiden, 1988; Satel, 1993). Esta postura se refleja en la decisión de no incluir una categoría que contenga la hipersexualidad, en la versión más reciente de *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM-IV-TR) de la American Psychiatric Association (2000) (el sistema taxonómico de los trastornos psicológicos que goza de mayor aceptación).

Varios especialistas reconocen la validez de los argumentos que se esgrimen en contra de la adicción sexual, pero al mismo tiempo admiten que algunas personas muestran patrones de una actividad erótica excesiva. Entre este grupo sobresale el sexólogo Eli Coleman (1990, 1991, 2003), quien prefiere describir esa clase de comportamiento como sintomático de una compulsión sexual, no de una adicción. Desde su punto de vista, el individuo que manifiesta una conducta sexual exagerada presenta a menudo sentimientos de vergüenza, falta de autoestima, inadecuación y soledad. Todo ello le causa gran dolor psicológico, el cual a su vez lo lleva a buscar una “solución” o un agente que mitigue su sufrimiento como el alcohol, ciertos alimentos, el juego o —en nuestro caso— el sexo. Y entonces logra aminorar por poco tiempo el dolor psicológico. Sin embargo, éste reaparece después con más fuerza, provocándole una necesidad mayor de realizar conductas que procuren un alivio más prolongado. Por desgracia tales actos repetitivos de carácter compulsivo pronto resultan contraproducentes: intensifican los sentimientos de vergüenza y llevan a una intimidad disfuncional que interrumpe el desarrollo de una actividad interpersonal normal y sana.

Otros sexólogos, principalmente John Bancroft y Zoran Vukudinovic (2004), piensan que por la falta de investigaciones empíricas, tanto la adicción sexual como la conducta sexual compulsiva —dos conceptos de moda actualmente— tienen un valor científico discutible. Para ellos, mientras no contemos con más datos para evaluar su validez, conviene utilizar el término descriptivo más general “fuera de control” para designar la conducta sexual problemática.

Como el sexo se ha convertido en un tema de gran demanda entre los usuarios de Internet, según algunos especialistas, ha surgido una variedad de adicción o compulsividad sexual. En el recuadro titulado “Adicción y compulsividad en el cibersexo: ¿un desahogo sexual inofensivo o una conducta sexual problemática?”, se examinará este fenómeno incipiente.

Cabe suponer que los expertos en el campo de la sexología sigan debatiendo por algún tiempo la manera de diagnosticar, describir y explorar los problemas de una sexualidad excesiva o incontrolable. En el fragor de la discusión, se han diseñado en Estados Unidos programas (más de 2 000 hasta la fecha) para tratar profesionalmente las conductas sexuales compulsivas o adictivas, la mayoría de ellos basados en el programa de 12 pasos de Alcohólicos Anónimos (National Council on Sexual Addiction and Compulsivity, 2002). Los datos concernientes a los resultados de los programas son todavía demasiado escasos para evaluar su eficacia terapéutica. Además de los programas formales, varias organizaciones de autoayuda de diversas comunidades han aparecido en Estados Unidos, entre ellas: Sex Addicts Anonymous, Sexaholics Anonymous, Sexual Compulsives Anonymous y Sex and Love Addicts Anonymous.



Pensamiento crítico

¿Cuál de las conductas sexuales atípicas explicadas en el capítulo le parece menos aceptable? Explique por qué.

Adicción y compulsividad en el cibersexo: ¿un desahogo inofensivo o una conducta sexual problemática?

Recientemente un médico de gran prestigio en nuestro estado perdió su puesto y privilegios ejecutivos en un hospital cuando se descubrió que usaba una computadora del nosocomio para visitar sitios sexuales explícitos de Internet que se especializan en pornografía infantil. En las investigaciones se descubrió que pasaba mucho tiempo —lo mismo en horario de trabajo que en el hogar— visitando ese tipo de sitios, sobre todo los que ofrecían contenido sexual explícito con niños. Este caso ejemplifica varias conductas, difundidas por Internet, que empiezan a inquietar a los especialistas en salud mental.

Los sitios de Internet con una orientación erótica figuran entre las áreas temáticas de mayor demanda en la World Wide Web. Al momento de escribir este texto, había más de 100 000 sitios que ofrecían toda clase de contenido sexual; la demanda ha crecido de modo impresionante: algunos sitios reciben hasta 50 millones de solicitudes en total (Philareton, 2005). Las estadísticas indican que por lo menos una tercera parte de los usuarios visita alguno de estos sitios web (Cooper, 2002, 2003). ¿Esta frecuencia generalizada de “navegar en busca de sexo” indica una conducta problemática y justifica la preocupación de la sociedad? Algunos opinan lo contrario: el cibersexo es una actividad recreativa inofensiva, pues ofrece acceso anónimo a material erótico y a la vez un desahogo sexual (por ejemplo, sexo en una sala de *chateo* o la posibilidad de masturbarse con imágenes eróticas) sin el peligro de contraer una infección de transmisión sexual y sin exponerse a otros riesgos (Waskul, 2004). Además, Internet ayuda a quienes deseen explorar fantasías sexuales desde la comodidad y seguridad de su hogar (Quittner, 2003).

Un juicio más severo se debe a un hecho cada día más palpable: para un número pequeño pero creciente de los que usan Internet con el propósito de lograr una estimulación y desahogo sexuales, el costo, la accesibilidad y el anonimato de Internet empiezan a crear una nueva generación de adictos —sexuales y compulsivos— al cibersexo. Muchos de ellos lo utilizan excluyendo con ello las relaciones personales (Cooper, 2002, 2003; Dew y Chaney, 2004; Philareton, 2005).

Es difícil calcular con exactitud qué porcentaje de los aproximadamente 150 millones de usuarios de Internet en Estados Unidos tiene problemas relacionados con la visita a los sitios sexuales de la Web (Dew y Chaney, 2004). Una gran mayoría de los que acceden a la red con fines eróticos no parece experimentar consecuencias negativas (Waskul, 2004). Sin embargo, algunas investigaciones indican que entre 6 y 10% de ellos sí muestra su preocupación por las posibles consecuencias negativas de sus actividades sexuales en línea (Dew y Chaney, 2004). Más aún, según las encuestas, 1% de los usuarios son tan adictos al cibersexo que su capacidad de funcionar

normalmente en la vida diaria está severamente deteriorada (Carnes, 2001; Cooper y colaboradores, 2000). Tienden a pasar diariamente muchísimo tiempo explorando esos sitios, masturbándose ante las imágenes sexualmente explícitas o realizando el sexo con algún cibernauta a quien hayan contactado a través de una sala de *chateo*.

La excitación, la estimulación y el orgasmo obtenido mediante la infinita variedad de oportunidades sexuales por Internet puede llevar a una búsqueda compulsiva de sexo en el ciberespacio. Todo ello puede tener un efecto devastador en el usuario y en su familia (Cooper, 2002; Woodward, 2003). Las parejas de estas personas dicen sentirse ignoradas, abandonadas, devaluadas o traicionadas a causa de esa búsqueda compulsiva del cibersexo (Brody, 2000; Cooper, 2002). Algunos dedican tanto tiempo a sus exploraciones que terminan descuidando a los miembros de la familia y sus obligaciones laborales (Philareton, 2005).

He aquí otro peligro más que acecha a algunos adictos y compulsivos que buscan relaciones sexuales por Internet: llegan incluso a programar reuniones con otros usuarios que pueden ocasionarles graves consecuencias, como el contagio de una infección de transmisión sexual y la agresión sexual (Cooper, 2002; Genius y Genius, 2005).

Los profesionales de la salud mental han manifestado preocupación ante la adicción de los adolescentes al cibersexo (Fleming y Rickwood, 2004; Jancin, 2005). En Estados Unidos los adolescentes utilizan Internet mucho más que los adultos (Fleming y Rickwood, 2004). La investigación relativa a ellos es bastante escasa, así que no es fácil determinar cuántos realizan una conducta problemática o se ven afectados por la adicción al sexo por Internet, pero en opinión de algunos expertos, los adolescentes —en especial los varones— empiezan a hacerse adictos. Según la psicoterapeuta Ann Freeman, es frecuente encontrar a jóvenes que se masturban de tres a cuatro veces diarias frente a los sitios web (Jancin, 2004). Es un comportamiento exagerado que puede producir aislamiento social, actitudes sexuales enfermizas, soledad, depresión y un contacto peligroso con desconocidos: los depredadores pedófilos pueden rastrear y atraer a sus víctimas (Fleming y Rickwood, 2004; Jancin, 2005). (En el capítulo 17 hablaremos de los pedófilos en el ciberespacio.)

Confiamos en que los estudios futuros del cibersexo contesten con mayor claridad la pregunta con que inicia este recuadro: ¿Es la exploración compulsiva del sexo en Internet un desahogo sexual relativamente inofensivo o una conducta sexual problemática? Por ahora varios expertos nos han señalado las consecuencias negativas de contraer el hábito del cibersexo.

¿Qué constituye una conducta sexual atípica?

- Una conducta sexual atípica incluye varias actividades sexuales que, cuando están totalmente desarrolladas, son —desde el punto de vista estadístico— poco frecuentes entre la población general.
- Esas conductas existen en numerosas gradaciones, abarcando desde tendencias leves y poco frecuentes, hasta conductas plenas que se manifiestan periódicamente.
- Las parafilias suelen encontrarse entre los varones, algunas veces dañan a otros, pueden presagiar transgresiones sexuales más serias y tienden a ocurrir agrupadas.

Parafilias no coercitivas

- Las parafilias no coercitivas a menudo son actividades o conductas solitarias en las cuales intervienen adultos que aceptan participar al observarlas o someterse a ellas.
- He aquí algunas parafilias no coercitivas: fetichismo travesti, sadismo y masoquismo sexuales, asfixia autoerótica, clismafilia, coprofilia y urofilia.
- El fetichismo es una forma de conducta sexual atípica en la que el individuo se excita sexualmente al concentrarse en un objeto inanimado o en una parte del cuerpo humano.
- A menudo el fetichismo es un producto del condicionamiento: el objeto fetichista se asocia con la excitación sexual al reforzar el orgasmo obtenido con la masturbación.
- El fetichismo travesti consiste en lograr la excitación sexual al ponerse la ropa considerada del otro sexo. Suele ser una actividad solitaria, expresada por un heterosexual en la intimidad de su hogar.
- El sadomasoquismo consiste en conseguir la excitación sexual recibiendo o infligiendo dolor físico y/o mental.
- Los participantes en el sadomasoquismo considera éste como una forma de intensificación sexual que mutua y voluntariamente deciden explorar.
- Los que realizan prácticas sadomasoquistas buscan a veces estímulos no sexuales adicionales para alcanzar suficiente excitación. Otras veces externalizan las ideas profundamente arraigadas de que la actividad sexual es pecaminosa e inmoral.
- Para algunos participantes, el sadomasoquismo es una válvula de escape que les permite abandonar momentáneamente los papeles rígidos y restrictivos que impone la vida diaria.
- En ocasiones los sadomasoquistas describen experiencias de su vida temprana que tal vez hayan establecido un nexo entre sexo y dolor.
- La asfixia autoerótica es una parafilia rara que pone en peligro la vida: el individuo, casi siempre un varón, trata de aumentar la excitación sexual y el orgasmo mediante la privación de oxígeno.
- La clismafilia es una parafilia que consiste en recibir enemas para lograr el placer sexual.
- La coprofilia y la urofilia son parafilias en las que se obtiene la excitación al contactar heces u orina, respectivamente.

Parafilias coercitivas

- Las parafilias coercitivas son invasoras, es decir, involucran a participantes involuntarios; por ejemplo, el voyeurismo y el exhibicionismo. Las acciones coercitivas pueden dañar a veces a las víctimas, quienes llegan a resultar psicológicamente traumatizadas por la experiencia.
- A la categoría de parafilias coercitivas pertenecen: llamadas telefónicas obscenas, exhibicionismo, voyeurismo, froteurismo, zoofilia y necrofilia.
- El exhibicionismo es una conducta en la que la persona, casi siempre un hombre, expone sus genitales a un observador involuntario.
- Los exhibicionistas son generalmente adultos que tienen fuertes sentimientos de inadecuación y de inseguridad. Sus relaciones sexuales, tanto pasadas como presentes, tienden a ser insatisfactorias.
- La gratificación se obtiene cuando la reacción al exhibicionista es de desconcierto, rechazo o temor. Generalmente la agresión física no se relaciona con esta parafilia.
- Las características de los que hacen llamadas telefónicas obscenas se parecen a las de esta parafilia.
- Aunque las llamadas contienen hostilidad, rara vez el transgresor ataca físicamente a la víctima a quien llamó.
- El voyeurismo consiste en obtener placer sexual al mirar el cuerpo desnudo o la actividad sexual de los demás, generalmente desconocidos.
- Los voyeuristas, normalmente hombres, son personas sociosexualmente subdesarrolladas y que además tienen fuertes sentimientos de inferioridad e inadecuación.
- El froteurismo consiste en lograr placer sexual presionando o frotando el cuerpo contra el de otra persona en un lugar público atiborrado.
- La zoofilia consiste en establecer contacto entre seres humanos y animales; es una experiencia esencialmente transitoria de los jóvenes a quienes les es imposible acceder a una pareja o ésta les está vetada.
- En la necrofilia se obtiene gratificación sexual observando un cadáver o copulando con él.

Adicción sexual: ¿mito, realidad o un simple término erróneo?

- Según el concepto de adicción sexual, algunas personas con una actividad sexual intensa están manifestando síntomas de una adicción psicológica: la depresión, la ansiedad, la soledad y la falta de autoestima se alivian temporalmente a través de la excitación sexual.
- En opinión de muchos sexólogos, la adicción sexual no debería ser una categoría diagnóstica, por ser rara y porque no se distingue de otros trastornos compulsivos —entre ellos el juego y los problemas alimentarios— y porque niega la responsabilidad individual de las compulsiones sexuales “incontrolables” que dañan a los demás.

🔍 Lecturas recomendadas

Boyd, Helen (2003). *My Husband Betty*. Nueva York: Thunder Mouth Press. Una exposición franca, empática, interesante e informativa sobre el travestismo desde el punto de vista de un travestista.

Cooper, Al. (ed.) (2002). *Sex and the Internet: A Guide Book for Clinicians*. Una recopilación de artículos escritos por expertos internacionales acerca del creciente fenómeno del cibersexo.

Easton, Dossie, y Catherine Liszt (2000). *When Someone You Love is Kinky*. San Francisco: Greenery Press. Una guía práctica e informativa cuyo fin es ayudar a los sadomasoquistas a explicar su interés sexual a la pareja, amigos y parientes.

Money, John, y Margaret Lamacz (1989). *Vandalized Love-maps*. Nueva York: Prometheus. Una teoría fascinante de cómo las experiencias erotosexuales que tenemos en la niñez crean patrones en el cerebro, llamados “mapas de amor”, los cuales determinan el tipo de estímulos y actividades que después excitarán nuestra sexualidad. La tesis central del libro es que aparecen varias parafilias cuando esos mapas se distorsionan o vandalizan a causa de experiencias traumáticas durante la niñez.

Weinberg, Thomas (ed.) (1995). *Studies in Dominance and Submission*. Nueva York: Prometheus Books. Recopilación de artículos que aportan mucha información estimulante acerca del sadomasoquismo.

🔍 Recursos en la Web

Sitio web CengageLearning

Visite www.cengage.com/highered para enlazarse con diversos recursos, como preguntas de repaso, actividades interactivas, vínculos con Internet, ejercicios de pensamiento crítico, foros de discusión y muchos otros servicios. También puede acceder a los sitios desde el Wadsworth Psychology Study Center (<http://psychology.wadsworth.com>) o conectarse directamente a los siguientes sitios:

Nota. Tenga en cuenta que este material es independiente del libro y que las páginas que lo contienen pueden ser modificadas o eliminadas sin previo aviso.

Parafilias y fetiches

Visitantes de este sitio, parte de la página web *Sexualidad humana* provista por la universidad de Missouri, Kansas City, pueden obtener un mejor entendimiento de diversas parafilias y fetiches.

Parafilias

Este sitio describe criterios, tratamientos y pronósticos de diferentes parafilias. Es parte de un gran directorio de desórdenes psiquiátricos.

Tri-ESS

Ofrece una organización de apoyo para heterosexuales travestis fetichistas.

Consejo Nacional de Sexo Adictivo y Compulsivo (NCSAC)

Sustentado por el NCSAC (grupo privado no lucrativo) este sitio web provee información destinada al conocimiento y alerta sobre comportamientos sexuales adictivos y compulsivos. Ofrece material educativo y fuentes de referencia.



Sitio web de apoyo a la obra en inglés

Visite el sitio web de la obra (*Our Sexuality Book Companion Website*) en

<http://latinoamerica.cengage.com/crooks> y elija la décima edición de este libro. Haga clic en “Apoyo electrónico para el estudiante”. Allí encontrará herramientas que le ayudarán a aprovechar al máximo su tiempo de estudio: encuestas de actitud, crucigramas, temas de ensayo, tarjetas mnemotécnicas de los principales conceptos y sus definiciones, un glosario general, preguntas de opción múltiple y falso-verdadero, vínculos con sitios web sobre temas relacionados con cada capítulo, bibliografía general y un examen final. Asimismo, encontrará un vínculo para comprar el acceso a más material suplementario en línea: CengageNow.



CengageNow ¡Exactamente lo que necesita saber AHORA!

Dedique tiempo a lo que necesita dominar, no a la información que ya aprendió. CengageNow es un paquete de recursos electrónicos que le ayudará en su aprendizaje. Realice una prueba preliminar del capítulo, y CengageNow generará un plan personalizado de estudio a partir de sus resultados. El plan identificará los temas que debe repasar y lo dirigirá a los recursos en línea que le servirán para dominarlos. Después efectuará una prueba para determinar los conceptos que ya aprendió y aquellos en los que todavía debe trabajar. Visite el sitio www.cengage.com/login si ya tiene su código de acceso. Si no cuenta con él, siga el vínculo *Buy Now*. Escriba *Our Sexuality* en el campo de título. Elija la décima edición de este libro. Haga clic sobre la opción *CengageNow*. Se desplegará una solicitud de acceso y los precios en dólares americanos.



Biblioteca en línea InfoTrac College Edition

Investigue si su institución cuenta con un convenio de uso de InfoTrac, una de las mejores y más vastas bibliotecas en línea del mundo en el ámbito educativo. Conéctese a www.cengage.com/login para acceder a InfoTrac College Edition, biblioteca de consulta en línea que contiene multitud de revistas, muchas exclusivamente sobre la sexualidad humana: *Archives of Sexual Behavior*; *Archives of Sexual Health Behavior*; *Canadian Journal of Human Sexuality*; *Hispanic Journal of the Behavioral Sciences*; *Journal of Cross-Cultural Psychology*; *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*; *Journal of Sex Research* y *Sex Roles*.

C A P Í T U L O 17

capítulo 17

► Violación

¿Cuáles son las ideas falsas más importantes acerca de la violación?

¿Qué factores socioculturales explican la elevada frecuencia de la violación en la sociedad norteamericana?

► Abuso sexual contra los niños

¿Cuáles son algunas razones por las que el abuso sexual a infantes rara vez se denuncia?

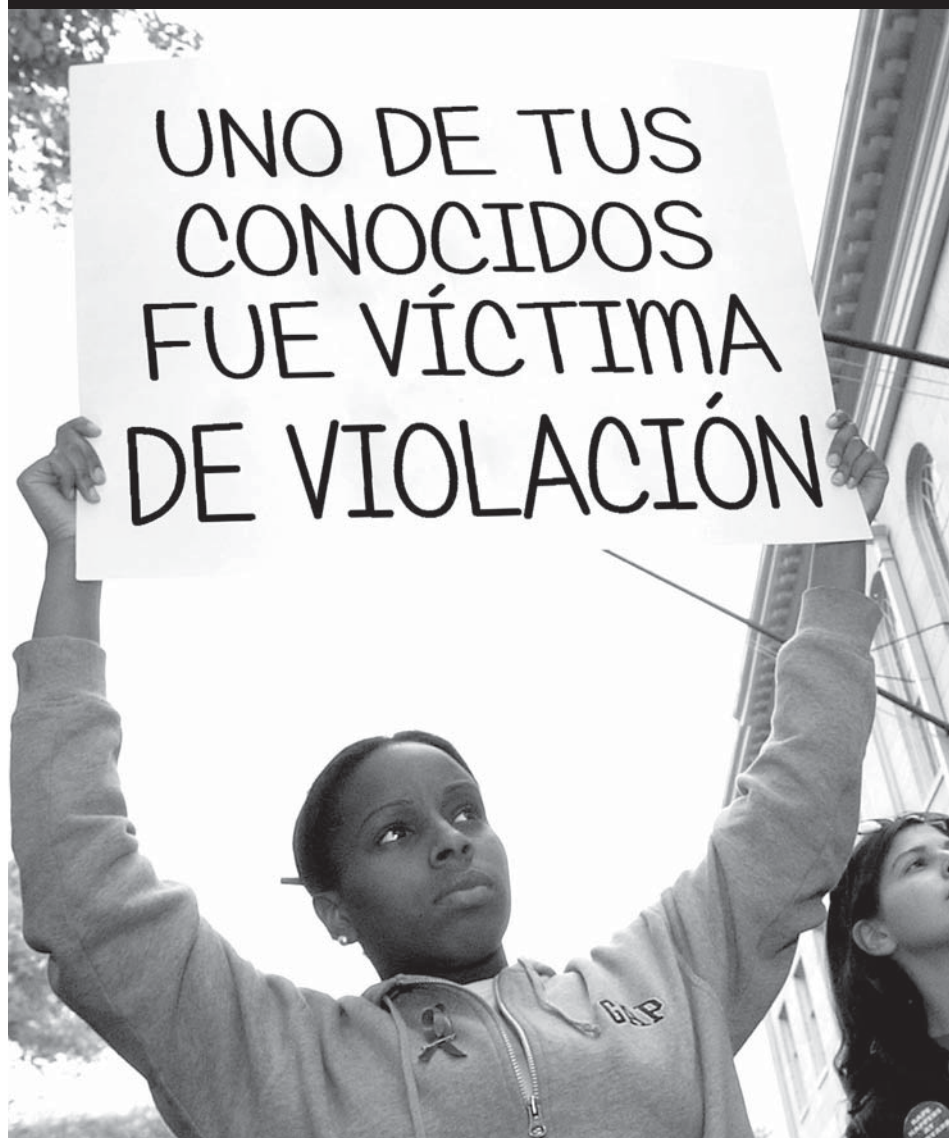
¿Qué pueden hacer los padres de familia y otros cuidadores para que niñas y niños sean menos vulnerables al abuso sexual?

► Acoso u hostigamiento sexual

¿Qué tipos de abuso sexual se registran en el lugar de trabajo y en la escuela?

¿Con qué opciones cuenta alguien que haya sufrido acoso sexual?

Coerción sexual



Mi hermanastro abusó de mí sexualmente durante gran parte de la niñez. El abuso comenzó en el verano cuando cumplí 10 años. Él era tres años y medio mayor que yo; fue mi niñera oficial todo ese verano. Generalmente no era violento. Usaba la persuasión y la coacción y me amenazaba con lo que sucedería si lo denunciaba. El recuerdo más marcado era las veces en que me causaba mucho dolor físico. Me desprendía mentalmente del cuerpo y veía cómo el ventilador del techo giraba una y otra vez. Cuando tenía 13 años vi un programa de entrevistas sobre el incesto y le conté a una mujer de mi iglesia lo que me estaba sucediendo; desde ese momento todo se desmoronó para mí. Todos los pensamientos relativos a esa experiencia son repugnantes, pero lo que más me dolió es que mis padres, al hablar con los miembros del Child Protection Services, dijeran que se trataba de un simple juego de niños. Incluso llegaron a convencerme de que yo realmente lo deseaba y que se los decía para captar su atención. Por eso durante algún tiempo creí que todo había sido mi culpa y que estaba sucia por eso. Mi hermanastro llegó a un acuerdo con las autoridades y fue puesto bajo libertad condicional. A mí me sacaron de casa y me enviaron a orfanatorios y centros de atención infantil. Muchas veces intenté suicidarme; estuve recluida en cuatro hospitales psiquiátricos unos cuatro años. Ya no tengo contacto con la “familia”. Tengo la dicha de haber sido adoptada por una familia cariñosa. Mi nuevo padre fue quien me salvó de odiar a los hombres para siempre. Pero todavía tengo algunos problemas relacionados con el sexo. Mi novio ni siquiera puede abrazarme románticamente. Hace poco empezaron a desaparecer las escenas retrospectivas y las pesadillas. Estoy en terapia por enésima vez, sólo que ahora sí me está dando resultado. (Archivo de los autores.)

Una persona es victimizada sexualmente cuando se le priva de su libertad para decidir y se le obliga a aceptar actos sexuales bajo coacción. Las víctimas de coerción sexual a menudo sufren graves consecuencias, como se advierte en el relato anterior de una universitaria de 19 años de edad. En este capítulo vamos a concentrarnos en tres tipos de coerción sexual: violación, abuso sexual a menores de edad y hostigamiento sexual. Los tres incluyen fuertes elementos de opresión, a veces hasta de violencia.

❖ Violación

Aunque la definición legal de **violación** varía de un estado a otro en la unión americana, en casi todos se define como cópula que ocurre bajo la fuerza real o amenaza de coacción que vence la resistencia de la víctima. Este acto coercitivo abarca desde una agresión violenta por un extraño, un conocido o un miembro de la familia, hasta una cita romántica que degenera en un episodio de coerción sexual. Esos actos se caracterizan por no tener en cuenta los sentimientos de la víctima y por el deseo de aprovecharse de ella e incluso de lastimarla. Los autores e investigadores distinguen por lo menos tres tipos de violación. La **violación por desconocidos**, que ocurre cuando la realiza un agresor anónimo. La **violación por conocidos o parientes**, o la que se realiza **durante una cita** y que comete una persona conocida de la víctima. La **violación de menores** (antes estupro) es la que se lleva a cabo con menores de edad no aptos para dar su consentimiento. (La edad de consentimiento varía en los estados, fluctuando entre 14 y 18 años.) Se considera violación haya o no consentido del menor.

Prevalencia de la violación

A pesar de que la violación es un problema importante en la sociedad, ha sido difícil recabar estadísticas confiables acerca de su frecuencia. Ello se debe, entre otras cosas, a que muchos no la denuncian. El porcentaje estimado de casos reportados por las mujeres a la policía u otros organismos públicos oscila entre 11.9 (Hanson y colaboradores, 1999) y 28 (U.S. Department of Justice, 2001). Este porcentaje bajo ha llevado a algunos a señalar que se trata del delito menos denunciado en Estados Unidos

Violación Coito que ocurre sin consentimiento y que se realiza por la fuerza o bajo amenazas.

Violación por desconocidos La que sufre alguien a manos de un agresor anónimo.

Violación por conocidos La que comete un amigo, conocido o novio, es decir, una persona cercana a la víctima.

Violación durante una cita La que comete una persona conocida en una cita.

Violación de menores Coito con una persona menor de edad.



- Violación
- Violación por conocidos
- Violación durante una cita

(Lonsway y Fitzgerald, 1994; Romeo, 2005). Según el Federal Bureau of Investigation (2006), 94 635 mujeres dijeron haber sido violadas en 2004. A partir de las estimaciones de los casos no denunciados que acabamos de mencionar, probablemente la cifra real que ocurrió en ese año fluctúe entre 338 000 y 795 000.

Las estimaciones anteriores de las mujeres que sufrieron una violación o intento de violación muestran una amplia variación a causa de varios problemas metodológicos. Con el propósito de superarlos, los National Institutes of Justice (NIJ) y los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) encargaron una encuesta telefónica a gran escala de 8 000 mujeres e igual número de hombres (Tjaden y Thoennes, 1998). Los investigadores reportaron que más de una de cada seis mujeres habían sido violadas o fueron víctimas de un intento de violación, lo mismo que 3 % de los hombres (→ **tabla 17.1**). En fecha más reciente, una encuesta

nacional aplicada por los NIJ reveló que durante los años en la universidad, entre 20 y 25 % de las mujeres habían sido violadas o sufrieron un intento de violación (Fisher y colaboradores, 2000). En otra investigación se confirmó que aproximadamente una de cada cuatro universitarias han sufrido violación o intento de violación (Foubert y colaboradores, 2002).

Las víctimas no denuncian los hechos debido a varias razones, entre ellas por sentirse culpables (“No debía haber bebido

tanto”), por temor a ser culpadas por otros, por consideración al agresor, miedo a una represalia e intento de bloquear el recuerdo de una experiencia tan traumática (Parrot, 1991; Romeo, 2005; Simonson y Subich, 1999). La víctima se siente vulnerable y aterrorizada, así que resulta comprensible que no pueda comentarlo. He aquí otras razones que le impiden denunciar la violación: desconfianza de la policía o del sistema legal, temor a la venganza del agresor o de su familia y a una publicidad indeseable. Además, como veremos más adelante en el capítulo, una proporción considerable de violaciones la comete algún pariente de la víctima. En tales circunstancias, la idea preconcebida de una violación “real”, como el ataque violento de un desconocido, no corresponde a su experiencia del realizado por un pariente. Por eso tal vez no lo considera un verdadero delito (Cowan, 2000; Rickert y Wiemann, 1998).

En las páginas siguientes estudiaremos varios aspectos de la violación, entre ellos el contexto cultural donde se da, así como las características de los agresores y las de la víctima.

Ideas falsas concernientes a la violación

Un factor importante que explica la alta frecuencia de esta agresión en la sociedad norteamericana es el predominio de ideas erróneas al respecto. Abundan las falsas creencias relacionadas con la violación, los violadores y las víctimas (Cowan, 2000; O'Donohue y colaboradores, 2003). Mucha gente cree que ser rudo con una mujer es aceptable, que muchas experimentan una gran excitación al ser violadas, y que es imposible violar a una mujer contra su voluntad (Gilbert y colaboradores, 1991; Malamuth y colaboradores, 1980). Las investigaciones indican que esta aceptación y aprobación de los mitos de la violación aumentan la tendencia de los varones a cometerla (Bohner y colaboradores, 2006). La consecuencia es que “se niega y justifica la agresión sexual en contra de las mujeres” (Lonsway y Fitzgerald, 1994, p. 133). Otra secuela frecuente consiste en culpar a la víctima. Muchas están convencidas de que la agresión fue esencialmente culpa suya. Aun cuando, simplemente,

→ **TABLA 17.1**

Incidencia de la violación por sexo de la víctima

Incidente de violación	Mujeres (n = 8 000)	Hombres (n = 8 000)
Realizado	14.8%	2.1%
Sólo intentado	2.8%	0.9%
Total	17.6%	3.0%

Fuente: Adaptado de Tjaden y Thoennes (1998).

estaban en el lugar equivocado en el momento equivocado, suele subsistir una sensación generalizada de culpa personal. A continuación, algunas de las ideas más comunes concernientes a la violación.

1. *Falsa creencia: “Las mujeres no pueden ser violadas si realmente no lo desean.”* La suposición de que las víctimas siempre pueden resistirse a los intentos de violación es falsa por diversas razones. En primer lugar, los hombres usualmente son más grandes y fuertes en lo físico. En segundo lugar, el condicionamiento en los papeles genéricos femeninos tiende a hacer sumisa y condescendiente a la mujer. Tal condicionamiento limita las opciones que ésta cree tener para resistirse a la violación. En tercer lugar, muchas veces el agresor escoge el tiempo y el lugar. Tiene a su favor el elemento sorpresa. El miedo y la intimidación de la víctima al ser atacada es otra ventaja más para él. La obliga a someterse usando además armas, amenazas e inclusive la fuerza física.
2. *Falsa creencia: “Cuando una mujer dice no, quiere decir sí.”* Algunos violadores han deformado sus interacciones con la víctima, tanto antes como durante y después de la agresión. Están seguros de que quiere ser obligada a tener relaciones sexuales, aun exponiéndose a una violación (Muehlenhard y Rodgers, 1998). Estas creencias distorsionadas les ayuda a justificar su conducta: lo que hacen no es una violación, sino un juego sexual “normal”. Tal vez después sientan poca o nula culpa, pues están convencidos, en su mente, de que no se trató de una situación forzada.
3. *Falsa creencia: “Muchas mujeres hacen acusaciones falsas.”* Este tipo de imputaciones son poco frecuentes, y un número mucho menor es llevado a juicio. Dados los problemas de denunciar y procesar esta clase de delitos, pocas mujeres (u hombres) lograrían ganar un caso mal fundado. Como señalamos antes, “las mujeres están más expuestas a sufrir una violación y a no denunciarlo a las autoridades” (Lonsway y Fitzgerald, 1994, p. 136).
4. *Falsa creencia: “Todas las mujeres quieren ser violadas.”* El hecho de que algunas mujeres tengan fantasías de violación a veces es usado para sostener la idea de que desean ser sexualmente agredidas. Sin embargo, hay que distinguir entre la fantasía erótica y el deseo consciente de recibir daño. En una fantasía no existe el peligro de un perjuicio físico ni de morir. Nada de eso ocurre en una agresión sexual.
5. *Falsa creencia: “Los violadores obviamente ‘están mentalmente enfermos’.”* La equivocada creencia de que un potencial violador “se nota”, está muy difundida. “Este mito es especialmente peligroso porque las víctimas potenciales piensan que pueden identificar al agresor (un extraño loco) o que están seguras con un conocido” (Cowan, 2000, p. 809). Como veremos más adelante, la mayoría de las violaciones la cometen personas que no sufren una enfermedad mental y que la víctima conoce bien.
6. *Falsa creencia: “El impulso sexual es tan fuerte en los hombres, que a menudo no logran controlarlo.”* El problema de este mito radica en que traslada la responsabilidad del agresor a su víctima (Cowan, 2000). A las mujeres se les considera provocadoras (“No debería haberse puesto ese vestido”), o poco prudentes e ingenuas (“¿Qué creía que sucedería si regresaba al departamento con él?”).



© Bob Daemrich/The Image Works

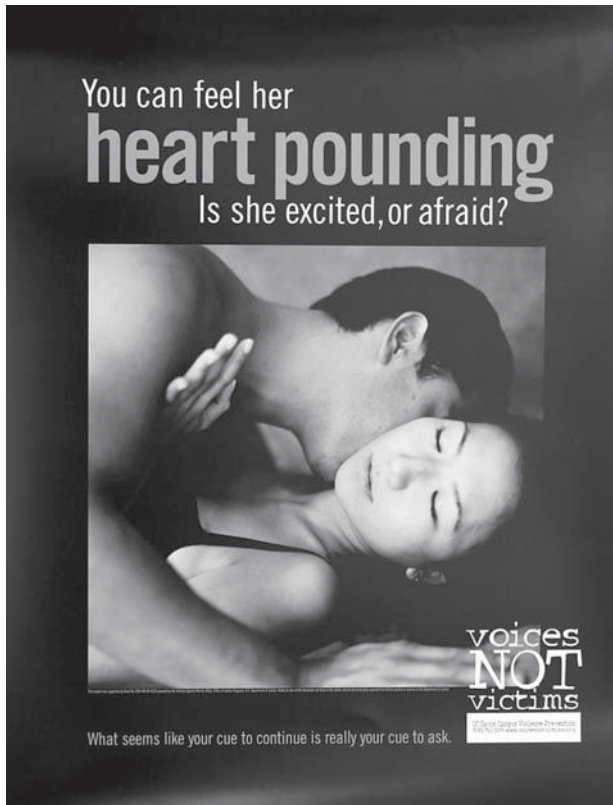
Mujeres en Austin, Texas, protestan contra la violencia sexual. Estas mujeres y otras como ellas han contribuido a poner en tela de juicio las suposiciones sociales referentes a la violación.

? Pensamiento crítico

En su opinión, ¿cuál de estas ideas falsas sobre la violación es más peligrosa y por qué?

Factores relacionados con la violación

Con el propósito de conocer las causas de la violación, los investigadores han analizado varios factores psicosociales y sociobiológicos.



Con anuncios como éste se crea conciencia de la violación entre hombres y mujeres.

© Michael Newman/PhotoEdit

Bases psicosociales de la violación

Para muchos investigadores y psicólogos la violación es más un producto de los procesos de socialización que ocurren dentro del tejido de una sociedad “normal”, que el producto de un estado patológico del agresor (Hill y Fischer, 2001; Simonson y Subich, 1999). La concepción de que en varios aspectos nos hallamos ante un fenómeno cultural recibió un fuerte impulso gracias a la investigación de Peggy Reeves Sanday (1981), antropóloga que comparó la frecuencia de este fenómeno en 95 sociedades.

Su trabajo indica que la frecuencia en una sociedad dada se ve influida por diversos factores. Cabe mencionar tres principalmente: la índole de las relaciones entre sexos, la condición de las mujeres y las actitudes que los niños adquieren a lo largo de su desarrollo. Sanday descubrió que las sociedades “propensas a la violación” toleran e incluso exaltan la violencia masculina —alentando a los niños a ser agresivos y competitivos—, y consideran la fuerza física como algo natural y digno de imitarse. En dichas sociedades los hombres suelen tener mayor poder económico y político que las mujeres, sin que se interesen por el “trabajo femenino”, como la crianza de los hijos y los quehaceres domésticos.

Por el contrario, la relación entre los sexos es muy distinta en las culturas donde la violación prácticamente no existe. En ellas hombres y mujeres comparten el poder y la autoridad y hacen una aportación igual al bienestar de la comunidad. Además, a los niños y niñas se les cría para que aprecien los valores, y eviten la agresión y la violencia. Teniendo presente este marco, vamos a examinar más a fondo algunos de los aspectos de la socialización de los varones en la cultura norteamericana que favorecen la violación, lo mismo que otras modalidades de coerción social.

Estados Unidos presenta la frecuencia más elevada de violación en el mundo occidental (*Contemporary Sexuality*, 1996). Una de las causas tal vez se deba a los papeles sexuales estereotipados. A los varones se les enseña que la fuerza, la agresividad y la realización de los deseos personales —recurriendo a la violencia en caso necesario— forman parte del papel masculino. Más aún, con frecuencia aprenden que deben buscar el sexo y obtenerlo, a veces usando medios inmorales sin el menor escrúpulo.

No sorprende, pues, que muchos norteamericanos vean en la agresión un medio legítimo de lograr acceso sexual a la mujer. “El abuso sexual es una consecuencia lógica de un sistema donde a los hombres se les enseña a luchar por lo que quieren, y a las mujeres se les inculca a ser pasivas y condescendientes, a anteponer las necesidades del varón a las propias” (Muehlenhard y colaboradores, 1991, p. 161). Los hombres cuyos grupos de coetáneos defienden y legitiman abiertamente esas actitudes son particularmente susceptibles a violar a las mujeres (Sanday, 1996).

Impacto de los medios

Los medios contribuyen decisivamente a transmitir los valores y las normas culturales. Algunas novelas, películas, videos y juegos de computadora perpetúan la idea de que las mujeres quieren ser violadas. A menudo las escenas noveladas de violación

comienzan con una mujer que resiste al atacante, sólo para luego ofrecer una aceptación apasionada. En los pocos casos en que se representa la violación entre varones —como en las películas *Deliverance* y *The Shawshank Redemption*—, se describen realísticamente la violencia y la humillación.

Algunos sociólogos señalan que tanto las películas como los libros, revistas, videos y juegos de computadora con escenas violentas de sexo propician la conducta agresiva de los violadores (Boeringer, 1994; Hall, 1996; Linz y colaboradores, 1992). Según otros datos, la exposición a pornografía degradante aunque no violenta puede ocasionar un efecto nocivo en las actitudes de los hombres hacia el sexo y las mujeres, e incluso aumentar la tendencia a realizar el sexo coercitivo (Check y Guloien, 1989; Zillmann, 1989).

Boeringer (1994) descubrió lo siguiente: la exposición a la pornografía no violenta no predecía ninguna forma de coerción sexual o violación, pero ver escenas describiendo violaciones violentas guardaba estrecha relación con el hecho de considerarse capaz de ese tipo de actos, realizándolos después. Otros investigadores señalan que “la exposición a los medios que combinan las imágenes sexuales eróticas con la violencia puede favorecer la adquisición de patrones desviados de la excitación sexual fisiológica” (Hall y Barongan, 1997, p. 5).

¿Es, pues, la violación una sexualización de la violencia? Los datos son ambiguos. En dos trabajos de investigación se midió la respuesta eréctil de grupos pareados de violadores y no violadores mientras escuchaban descripciones por audio de una violación y de una actividad sexual voluntaria. En los dos estudios, los primeros se sintieron más excitados por la descripción de la agresión sexual que los segundos (Abel y colaboradores, 1977; Bernat y colaboradores, 1999). Sin embargo, otras investigaciones no confirmaron la conclusión anterior: se observó poca diferencia en las respuestas eréctiles de ambos grupos en diseños experimentales semejantes (Eccles y colaboradores, 1994; Proulx y colaboradores, 1994). Hacen falta más investigaciones para explicar estos hallazgos.

Características de los violadores

¿Se caracterizan los violadores por un solo tipo de personalidad o de patrón conductual? Hasta hace poco los esfuerzos por contestar esta pregunta se habían visto obstaculizados por un concepto estrecho de la violación y por métodos inadecuados de investigación. Ello obedecía a que nuestro conocimiento de las características y motivaciones de los agresores se basaba sobre todo en estudios de los varones condenados por este delito: una muestra que representa menos de 1% del universo de los violadores. Debido a que los convictos son menos educados, más inclinados a cometer otros actos antisociales o delictivos y más enajenados de la sociedad que los violadores que no son enjuiciados por el sistema legal, no podemos afirmar con certeza que estos últimos encajen en el perfil de los primeros (Smithyman, 1979).

Podemos decir que muchos de los encarcelados por violación tienen una fuerte proclividad a la violencia que se manifiesta en la agresión sexual, hecho que, junto con ciertas suposiciones sobre la relación hombres/mujeres, ha llevado a varios escritores a afirmar que la violación no tiene una motivación sexual, sino que es un acto de fuerza y dominio (Brownmiller, 1975). Fue una idea que predominó durante muchos años, en los cuales se restó importancia al componente sexual de la violación y de otras agresiones. Pero la investigación más reciente indica lo siguiente: aunque la fuerza y el dominio intervienen a menudo en la coerción sexual, ésta proviene frecuentemente del deseo de gratificación, opinión que cuenta con el respaldo de varios estudios dedicados a la frecuencia y naturaleza de la coerción sexual entre varones no encarcelados (Hickman y Muehlenhard, 1999; Senn y colaboradores, 1999).

Al parecer, una amplia gama de características de la personalidad y motivaciones explican la agresión sexual y la manera en que se realiza. Los hombres que adoptan los estereotipos sexuales tradicionales, en especial el de dominio del varón, tienden más a cometer violación que quienes no los aceptan (Ben-David y Schneider, 2005; Murnen y colaboradores, 2002; Robinson y colaboradores, 2004). La ira contra la mujer es una ac-

titud prevalente entre algunos agresores sexuales (Anderson y colaboradores, 1997; Hall y Barongan, 1997). El alcohol también propicia esta clase de acciones; a menudo el violador había estado bebiendo antes de atacar a su víctima (Abbey y colaboradores, 1998, 2003; Muehlenhard y Linton, 1987). Además, cuando el delito se comete bajo el influjo del alcohol, se observa un alto grado de violencia (Abbey y colaboradores, 2003).

Muchos violadores tienen una personalidad egocéntrica, que los hace insensibles a los sentimientos ajenos (Dean y Malamuth, 1997; Marshall, 1993; Pithers, 1993). La investigación aporta pruebas decisivas de que los hombres con una personalidad narcisista presentan una fuerte tendencia a cometer violación y otros actos de coerción sexual (Baumeister y colaboradores, 2002; Bushman y colaboradores, 2003). En el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association, 2000), se caracteriza el *narcisismo* como un sentido exagerado de la importancia de sí mismo, un sentido irrazonable de derecho, poca empatía por los demás y tendencia a explotarlos. La investigación indica que los narcisistas también son propensos a enfrascarse en represalias agresivas por desaires reales o imaginarios (Baumeister y colaboradores, 2002; Bushman y Baumeister, 1998). Además de esas tendencias agresivas, su sentido exacerbado de derecho les hace pensar que las mujeres les deben favores sexuales. La ausencia de empatía les impide ver que causan sufrimiento y malestar a sus víctimas. Por último, el exagerado sentido de la importancia de sí mismo les permite racionalizar fácilmente su conducta y “convencerse de que la víctima deseaba el sexo o había manifestado alguna forma de consentimiento” (Bushman y colaboradores, 2003, p. 1028).

Ira, poder y gratificación sexual cumplen diversas funciones en la violación, pero la ira y la necesidad de expresar el poder predominan en la violación de desconocidos, mientras que el deseo de la gratificación prevalece en la de parientes o en la consumada durante una cita.

Características de las mujeres víctimas de violación

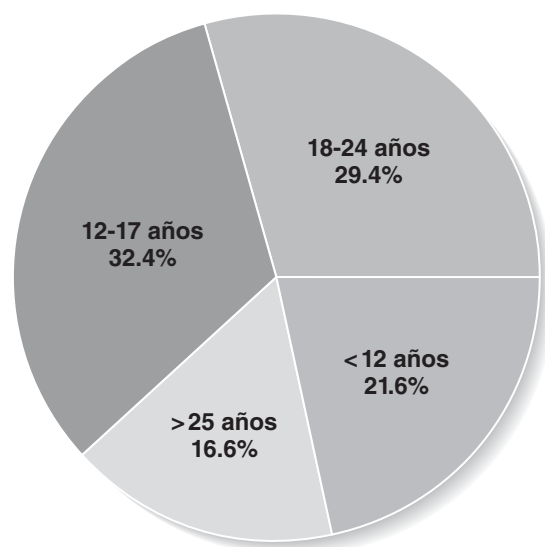
Aunque las mujeres de todas las edades sufren este tipo de agresión, más de 50% de las víctimas norteamericanas señala que la primera ocurrió antes de cumplir 18 años de edad; 22% reportó que había ocurrido antes de los 12 años (➔ **figura 17.1**). Las de 16 a 24 años son las víctimas más frecuentes (U.S. Department of Justice, 2003). La violación antes de los 18 años aumenta enormemente las probabilidades de que se repita (Nishith y colaboradores, 2000; Tjaden y Thoennes, 1998). A una edad menor corres-

ponden mayores probabilidades de que el agresor conozca a su blanco de ataque o sea un pariente suyo (U.S. Department of Justice, 2003). La investigación indica que aquellas que sufrieron abuso sexual en la niñez corren mayor riesgo de volver a ser atacadas en la edad adulta (Miner y colaboradores, 2006).

Como señalamos antes, la frecuencia de las denuncias por violación varía con la cultura. Las mujeres de Asia y de las Islas del Pacífico las presentan mucho menos que las mujeres blancas y de raza negra; las hispanas las reportan menos que las no hispanas; la frecuencia entre las indias de Estados Unidos y las mujeres de Alaska es mucho más elevada que en cualquier otro grupo (Tjaden y Thoennes, 1998). Sin embargo, Koss y sus colegas (1987) observaron una tendencia similar en varios grupos étnicos cuya variable de nivel socioeconómico controlaron. Cuanto menor era el nivel socioeconómico, mayor era la frecuencia de la violencia sexual. Este dato no sorprende, pues las personas que viven en la pobreza están más expuestas a todo tipo de delitos. Pero dadas las estadísticas tan dispares, se requieren más trabajos de investigación para determinar si hay variables étnicas y socioeconómicas que influyan en la incidencia de la violación. De comprobarse su existencia, habrá que explicar las causas.

➔ **Figura 17.1** Edades en las que las mujeres sufrieron la primera violación.

Edad de las víctimas en la primera violación
(n = 1 323 mujeres)



Fuente: Tjaden y Thoennes (1998).

Violación y coerción social por conocidos

En términos generales, la violación la comete algún conocido o amigo de la víctima y, no como se piensa comúnmente, algún extraño (Ben-David y Schneider, 2005; Fisher y colaboradores, 2000; Howard y colaboradores, 2003). La investigación revela que aproximadamente en tres de cada cuatro ataques sexuales contra la mujer, ella conoce al agresor (Romeo, 2005). Un número importante de los casos ocurre durante una cita; de ahí la designación de *violación durante una cita*.

Gran cantidad de estudios se centran en la prevalencia de la **coerción sexual** durante las citas (Jenkins y Aube, 2003; Oswald y Russell, 2006; Shook y colaboradores, 2000). Hasta hace poco gran parte de estos trabajos analizaban a la mujer como víctima y al hombre como agresor en la coerción sexual. En varias investigaciones se comprobó que entre 20 y 35% de adolescentes y adultas la habían sufrido, casi siempre en una cita (Rhynard y colaboradores, 1997; Shrier y colaboradores, 1998; Small y Kerns, 1993). Sin embargo, las mujeres no son las únicas que la experimentan. Varios han demostrado que alguna modalidad de coerción sexual se da también entre estudiantes varones de enseñanza media y superior (Archer, 2003; Russell y Oswald, 2001, 2002; Struckman-Johnson y colaboradores, 2003). Por ejemplo, en una encuesta a varios cientos de estudiantes canadienses de enseñanza superior se descubrió lo siguiente: en el año anterior aproximadamente 25% de los varones y más de 40% de las mujeres habían sido presionados u obligados a realizar actividad sexual durante una cita (O'Sullivan y colaboradores, 1998). En otra encuesta, 10% de unos 4000 adolescentes masculinos dijo haber sido presionado para acceder al acto sexual (Shrier y colaboradores, 1998).

La coerción sexual durante una cita se realiza en forma verbal o física, pero la primera (por ejemplo, amenazar con dar por terminada una relación o argumentar insistentemente) es por mucho la más común. En una encuesta a estudiantes de enseñanza superior se comprobó que 82% se habían valido de la coerción sexual y que 21% admitió haberla usado con una novia en el año anterior (Shook y colaboradores, 2000). Pero una aclaración importante: aunque muchas de las participantes en los estudios que acabamos de citar fueron obligadas físicamente a realizar algún acto sexual, la fuerza física tiende a utilizarse mucho menos en la coerción sexual de los varones (Krahe y colaboradores, 2003; Struckman-Johnson y colaboradores, 2003).

Violación por conocidos: el papel de la percepción y de la comunicación

Ya examinamos en este capítulo la relación entre coerción sexual y las expectativas culturales referentes a los varones en la sociedad norteamericana. El proceso de socialización que los alienta para que sean agresivos y obtengan lo que desean es sin duda un factor importante en la violación y en la imposición sexual. Como muchos han señalado, hombres y mujeres aprenden los **guiones sexuales** que a ellos los impulsan a ser agresivos y a ellas a ser pasivas (Byers y O'Sullivan, 1996; Carpenter, 1998; Dworkin y O'Sullivan, 2005). Con todo, algunos expertos sostienen que el panorama se complica más por lo menos en algunos casos de la violación por conocidos.

Detengámonos un poco en la interpretación errónea de las señales de las mujeres por parte de los hombres. A menudo ellos piensan que acciones femeninas como abrazar o besar expresan el deseo de tener relaciones sexuales (Muehlenhard, 1988; Muehlenhard y Linton, 1987). Sin embargo, una mujer que cree que abrazar no necesariamente es querer tener relaciones sexuales, puede decírselo a su "ligue", pero aun cuando exprese con claridad este deseo, el novio puede interpretar su actitud como una "resistencia convencional". Concluirá entonces que en realidad desea copular, pero que no quiere parecer una mujer "fácil" (Krahe y colaboradores, 2000; Muehlenhard y Hollabaugh, 1989).



Pensamiento crítico

Para algunos, una mujer que usa "ropa provocativa" y luego la violan es responsable de lo que le sucede. En cambio, a un hombre que viste un traje caro, que lleva mucho dinero en efectivo y tiene un reloj *Rolex* no se le considera responsable si lo roban en la calle. ¿Qué opina de esta manera discriminatoria de asignar la etiqueta de *víctima* en ambos casos? ¿Alguna vez es correcto culpar de la agresión a la víctima?



Palabras para consultar en InfoTrac

- Coerción sexual
- Guión sexual

Guiones sexuales Formas culturalmente aprendidas de conducirse en la interacción sexual.

En algunos casos esta “lectura” obedece por completo a un interés personal explotador. Sin embargo, algunas mujeres dicen “no” para expresar lo contrario. Una encuesta a 610 estudiantes de pregrado reveló que 39.3% había adoptado esa táctica por lo menos una vez. ¿Por qué? He aquí algunas de las razones: no deseaban parecer promiscuas, no conocían con certeza los sentimientos del novio, el ambiente no era propicio, hubo escarceos (querían que el novio fuera más agresivo, que las convenciera para tener relaciones, etc.) y deseaban ejercer el control (Muehlenhard y Hollabaugh, 1989). Esta clase de doble mensaje puede propiciar, realmente, la violación al ofrecer a los hombres un motivo para ignorar las negativas sinceras. Los investigadores llegaron a la siguiente conclusión: si en una ocasión un hombre ignoró las protestas de la mujer sólo para descubrir que en realidad ella quería tener relaciones, “se fortalecerá su convicción de que las negativas no han de tomarse en serio” (Muehlenhard y Hollabaugh, 1989, p. 878). Tal vez no desista en sus avances sexuales a pesar de la evidente protesta y resistencia de la novia. Incluso para él no se trata de una violación.

El concepto de resistencia convencional subraya el hecho de que los problemas de una comunicación deficiente afectan muchas interacciones sexuales. La ambigüedad y una mala comunicación que frecuentemente caracterizan los encuentros íntimos ponen de relieve la importancia de sentar una base sólida para lograr una interlocución clara, tema que ya se abordó en el capítulo 7.

Aun los hombres que le creen a su pareja cuando se niega, tal vez piensen que está justificado utilizar la fuerza para satisfacer su deseo si suponen que los han “alentado”. Según los resultados de varias encuestas, muchos hombres consideran justificable la violación o por lo menos atribuyen la culpa principalmente a la mujer cuando los provoca con acciones como vestir “seductoramente” o acudir a su departamento (Muehlenhard y Linton, 1987; Muehlenhard y colaboradores, 1991; Workman y Freeburg, 1999). La aplicación de estos resultados a la prevención de la violación por conocidos se describe en el recuadro de la siguiente página titulado “Cómo prevenir la violación y el intento de violación”.

? Pensamiento crítico

¿Por qué una persona participaría en una actividad sexual indeseable cuando no se le obligue? ¿Cree que existen razones comunes en ambos sexos? ¿Qué explicaciones se aplicarían a un sexo solamente?

Drogas y violación durante las citas

A principios de la década de 1990 empezaron a circular informes sobre el uso creciente de Rohypnol para facilitar la conquista sexual o incapacitar a las víctimas que luego sufren abuso sexual o violación (O'Neill, 1997; Staten, 1997). Esta sustancia es el nombre registrado del flunitrazepam, poderoso tranquilizador que produce un efecto sedante siete a 10 veces más potente que el del Valium. Además de su efecto sedante de 20 a 30 minutos que puede prolongarse por varias horas, relaja los músculos y causa una amnesia pronunciada (Romeo, 2005). Rohypnol es inoloro y se excreta a través del sistema en un lapso bastante breve, lo cual dificulta detectar y procesar a los violadores que lo utilizan. Se han presentado muchos casos en que la mujer fue violada después de que el novio se lo administró subrepticamente; de ahí la designación de *droga para violar a la novia*. Cuando se combina con el alcohol, sus efectos aumentan considerablemente y pueden producir una gran excitación: reduce las inhibiciones, hace perder el conocimiento y la persona no recuerda nada de lo ocurrido mientras está bajo su influencia. Rohypnol ha ocasionado algunas muertes. En marzo de 2000, cuatro hombres fueron encarcelados por homicidio involuntario en el fallecimiento de una joven de 15 años en Michigan (Bradsher, 2000). Es una de tantas muertes atribuidas a la droga.

Con el fin de contrarrestar la imagen negativa de Rohypnol como medio para violar durante las citas, el fabricante Roche Pharmaceuticals le cambió el color y la fórmula. Obtuvo así una píldora que se disuelve más difícilmente y que produce una solución azul al diluirla (Olsen y colaboradores, 2005). Además, gracias a métodos más recientes de laboratorio hoy es más fácil detectar esta droga en las bebidas mezcladas con alcohol para realizar el abuso sexual (Olsen y colaboradores, 2005).



Se utilizan otras drogas, entre ellas la gamma hidroxibutirato (GHB) y el hidrocloreto de cetamina (K Especial), para consumir la violación durante las citas (Elliott y Burgess, 2005; Romeo, 2005). La GHB fue desarrollada hace más de 40 años y en un principio se usaba como anestésico. Pronto se descubrieron sus efectos alteradores de la mente; ahora se emplea mucho como droga recreativa, a menudo con efectos devastadores. Es un depresor del sistema nervioso central y puede ser sumamente letal al combinarse con alcohol (Elliott y Burgess, 2005). Desde 1990, en las salas de emergencia se han registrado miles de casos por sobredosis, algunas veces con un desenlace fatal (Elliott y Burgess, 2005; Smalley, 2003). Esta droga es inodora e insípida, lo cual permite administrarla sin que la víctima sospeche. Se libera después de 6 a 12 horas, y esto la convierte en un recurso ideal para los depredadores sexuales, pues la ausencia de evidencia toxicológica dificulta enjuiciarlos.

Hay que estar alerta ante la posibilidad de una violación mediante el uso de drogas durante la cita. No acepte ninguna bebida (alcohol, café, refrescos, etc.), sobre todo las que se sirven en contenedores abiertos, salvo que se la ofrezca un amigo de confianza. Nunca pierda de vista su bebida. Posiblemente alguien la alteró si siente alguno de los siguientes síntomas luego de ingerirla: náuseas, mareos, habla incomprensible, incoordinación muscular o euforia. En tales casos, llame a un número de emergencia o pida a otra persona que no sea su acompañante o novio que la ayude a buscar atención médica. De ser posible, conserve una muestra de la bebida. ■

A raíz del abuso sexual y de las muertes relacionadas con la administración de drogas durante alguna cita, el Congreso de Estados Unidos aprobó leyes que endurecen las penas por la posesión de Rohypnol, GHB y otras sustancias: aumentan los años de prisión para los violadores que las utilicen con el fin de incapacitar a su víctima.

Violación en tiempos de guerra

Aunque la violación suele ser una interacción coercitiva entre dos personas, ha servido también como estrategia de guerra a lo largo de la historia. Abundan los casos de agresión masiva de mujeres durante los conflictos bélicos, desde la época de la antigua Grecia hasta las atrocidades más recientes cometidas en Ruanda, Darfur y en la ex Yugoslavia. En el siglo xx cientos de miles de mujeres han sido victimizadas con la violación en tiempos de conflagración (Bergoffen, 2006; Polgren, 2005; Van Zeijl, 2006). En la década de 1990 los informes de violaciones masivas perpetradas por soldados serbios contra miles de niñas y mujeres bosnias y croatas acrecentó el apoyo del público para incluir este delito entre los crímenes de guerra. Se creó mayor conciencia al descubrirse que miles de niñas y adultas habían sido ultrajadas durante la guerra de 1994 en Ruanda (Flanders, 1998). En fecha más reciente, la violación se ha empleado como arma de guerra en el conflicto de Darfur, una región de Sudán (Polgreen, 2005).

Los soldados norteamericanos también han sido culpables de abusos sexuales en tiempos bélicos. Algunos casos de violación tumultuaria de mujeres vietnamitas aparecen en los expedientes de cortes marciales contra las tropas estacionadas en Vietnam (Brown-miller, 1993). Soldados norteamericanos también han sido sometidos a juicio por violar a mujeres iraquíes durante la invasión de Iraq. En 1996 el Tribunal Internacional de Crímenes de la ONU, creado para la ex Yugoslavia, dictaminó que la violación en tiempos bélicos es un delito sancionable con fuertes penas (fue la primera vez que la agresión sexual fue tratada como un crimen individual de guerra). En 2001 el tribunal incluyó la “esclavitud sexual” como un delito similar y condenó a varios serbios de Bosnia por múltiples violaciones de musulmanas esclavizadas en los llamados *campos de violación*. Los condenados recibieron sentencias que fluctuaron entre 12 a 28 años de prisión (Comiteau, 2001).

¿Por qué la violación es tan frecuente en tiempos de conflagración? Porque además de usarse como un medio para dominar, humillar y controlar a las mujeres, “sirve también para incapacitar al enemigo destruyendo los vínculos con la familia y la sociedad” (Swiss y Giller, 1993, pp. 612-613). En las guerras instigadas por un conflicto étnico, como sucedió en la ex Yugoslavia, en Ruanda y Darfur, la violación

Cómo prevenir la violación y el intento de violación

Aunque la violación es un problema social, es la víctima quien la sufre en una forma directa y personal. Las sugerencias incluidas en las listas siguientes ofrecen estrategias para reducir el riesgo de abuso por un conocido y para evitar la causada por un desconocido. Pero de ninguna manera garantiza evitarla. Incluso si una mujer lleva una vida con precauciones y medidas extremas, quizá alguna vez la violen. La prevención consiste básicamente en hacer lo más difícil posible que el agresor la victimice. Muchas de estas recomendaciones se aplican igualmente a otros crímenes.

Cómo reducir el riesgo de la violación por conocidos

1. Cuanto menos conozca a una persona antes de reunirse con ella, más importante es la cautela. Por eso, cuando salga con alguien por primera vez, considere seriamente la posibilidad de hacerlo con un grupo o en un sitio público. Así estará en condiciones de juzgar la conducta de su acompañante en un entorno bastante seguro.
2. Esté alerta ante cualquier indicación de que su acompañante es una persona dominante que posiblemente esté tratando de controlar la conducta de usted. Si un hombre planea todas las actividades y toma todas las decisiones durante la cita, es posible que tienda a ser dominante en la intimidad.
3. Si conduce y paga todos los gastos, se sentirá justificado de emplear la fuerza para obtener “aquello por lo que pagó”. Si usted paga algunos gastos, habrá menos probabilidades de que justifique su comportamiento con esa excusa (Muehlenhard y Shrag, 1981; Muehlenhard y colaboradores, 1991).
4. No consuma alcohol ni otros drogas cuando esté absolutamente segura de que no desea la intimidad sexual con su acompañante. La violación por conocidos ocurre principalmente cuando la víctima y el agresor los consumen (Mohler-Kuo y colaboradores, 2004; Thompson y Kingree, 2006). La intoxicación disminuye la capacidad de escapar del agresor y a él le sirve de estímulo para realizar la violación.
5. Evite una actitud que pueda interpretarse como “conducta sexualmente provocativa”. Explique claramente lo que desea y lo que no desea hacer en lo tocante al contacto sexual. Podría decir por ejemplo: “Confío en que no malinterpretes la invitación de que me acompañes a mi departamento. Lo único que quiero es que nos relajemos, escuchemos música y conversemos.” Si le interesa empezar a explorar alguna clase de contacto físico, podría decir: “Esta noche me gustaría abrazarte y besarte, pero nada más eso en este punto de nuestra relación.” Es una comunicación directa que atenúa considerablemente la tendencia a imponer por la fuerza una actividad sexual o a sentirse “seducido” (Muehlenhard y Andrews, 1985; Muehlenhard y colaboradores, 1985).
6. Si a pesar de que usted expresa claramente sus intenciones al acompañante, éste intenta obligarla, le aconsejamos aplicar una “estrategia de rechazo gradual: negativa



© Spencer Grant/Stock Boston

Muchas mujeres asisten a cursos de autodefensa para protegerse de ataques sexuales.

directa, negativa verbal vehemente y, de ser necesario, la fuerza física” (Muehlenhard y Linton, 1987, p. 193). En una investigación se descubrió lo siguiente: las estudiantes de enseñanza media superior tendían más a considerar violación durante una cita si esa actividad estaba precedida por un *no* rotundo (Sawyer y colaboradores, 1998). En otra encuesta, la respuesta que los hombres consideraban más eficaz para interrumpir avances indeseables era cuando la mujer decía con vehemencia “Esto es una violación y voy a llamar a la policía” (Beal y Muehlenhard, 1987). Si las protestas verbales no surten efecto, refuerce su negativa con la fuerza física: empuje al agresor, abofetéelo, patéelo o rasgúñelo. Los hombres se darán cuenta de que cuando la mujer protesta no sólo en forma verbal sino física, su acción es por lo menos inapropiada, si no es que violación. (Beal y Muehlenhard, 1987; Muehlenhard y Linton, 1987).

Cómo reducir el riesgo de la violación por desconocidos

1. No anuncie que es una mujer que vive sola. Use iniciales en su buzón y en el directorio telefónico; incluso le aconsejamos que incorpore un seudónimo.
2. Instale y use cerraduras antirrobo en puertas y ventanas; si pierde la llave, cambie la cerradura de las puertas o móvase. Una mirilla en la puerta frontal es de gran utilidad.
3. No abra la puerta a extraños. Si un reparador o un funcionario público acuden a su dominio, pídale que se identifique y llame a la oficina correspondiente para comprobar que se trata de uno de los empleados.
4. Cuando se halle en situaciones donde encontrará a desconocidos, muestre seguridad mediante su lenguaje corporal y habla para indicar que no se dejará intimidar. La investigación revela que los violadores a menudo seleccionan a mujeres que sean pasivas o sumisas (Richards y colaboradores, 1991).

5. Cuando esté sola, lleve siempre un teléfono celular.
6. Cierre con llave el automóvil al estacionarse y mientras conduce.
7. Evite las áreas oscuras y solitarias; mientras camina, observe con atención a su alrededor. Son precauciones de gran utilidad en caso de que tenga que escapar. Si un conductor le pide una orientación mientras usted va caminando, no se acerque al automóvil. Contéstele desde una distancia prudente.
8. No olvide llevar las llaves de la casa o del auto antes de salir; revise el asiento trasero antes de entrar en el auto.
9. Si su auto se descompone, coloque un trapo blanco en la antena y enciérrese en el interior. Si alguien que no sea un policía con uniforme en una patrulla se detiene a ofrecerle ayuda, pídale que llame a la policía o a un garaje, pero no le abra la puerta.
10. Nunca viaje haciendo *autostop* ni recoja *autostopistas* o entre en el automóvil de un extraño.
11. A donde quiera que vaya, le recomendamos llevar un aparato que emita un ruido fuerte: un silbato e, incluso todavía mejor, una corneta grande de aire comprimido (se vende en muchas tiendas de artículos deportivos y de equipo para botes). Suena la voz de alarma ante la primera señal de peligro.

Muchas ciudades cuentan con centros de prevención de delitos que ofrecen más sugerencias e inspección para comprobar la seguridad de las casas.

Qué hacer en situaciones peligrosas con personas extrañas

Si se le acerca uno o varios hombres que posiblemente quieran violarla, habrá de decidir qué hacer. *No existen reglas para todas las ocasiones: cada agresor, cada situación y cada mujer son únicos.*

1. Aléjese corriendo si puede.
2. Resista si no puede correr. No le haga fáciles las cosas al violador. Mientras buscan una víctima, muchos hombres averiguan primero si se intimida fácilmente. La resistencia de la mujer logra a veces frustrar los intentos (Heyden y colaboradores, 1999; Page, 1997). El agresor quizá desista al encontrar una oposición activa y estridente como gritar, decir groserías, hacer una escena, huir y contraatacar. En un estudio de 150 violaciones o intentos de violaciones se observó lo siguiente: las mujeres que utilizaron la resistencia física o verbal firme (gritos, puntapiés, golpes, mordidas, echarse a correr, etc.) tuvieron más probabilidades de evitar la violación que las que suplicaban, lloraban o no oponían resistencia (Zoucha-Jensen y Coyne, 1993).
3. No se aplican las reglas normales de la conducta. Una respuesta apropiada en estos casos consiste en vomitar, gritar, perder el control. Cualquier cosa está permitida en un intento de violación.

4. Hablar es una manera de ganar tiempo para pensar en un plan de escape u otra estrategia. Le aconsejamos intentar que el atacante empiece a conversar (“¿Qué le sucedió que está tan enojado?”), expresarle su empatía (“Es terrible perder el empleo”) o negociar (“Vamos a discutir esto”). Aun cuando el hablar no impida la agresión, tal vez aminore el grado de violencia (Prentky y colaboradores, 1986).
5. Manténgase alerta para aprovechar una oportunidad de escapar. Algunas veces es imposible luchar o eludir al atacante inicialmente. Pero más tarde tal vez se presente la ocasión y pueda huir; por ejemplo, si el violador se distrae o si pasa por allí un transeúnte.

Las clases de autodefensa permiten aprender técnicas de resistencia física con las cuales golpear al atacante o distraerlo lo suficiente para huir.

Qué hacer en caso de haber sufrido una violación

Si alguien la violó o lo intentó, usted habrá de decidir si lo denuncia o no a la policía.

1. Le aconsejamos denunciar una violación e inclusive un intento frustrado de violación. La información que usted suministre puede evitar que lo mismo le ocurra a otra mujer.
2. Cuando presente la denuncia, cualquier detalle que recuerde será importante: rasgos físicos del agresor, su voz, su ropa, su automóvil e inclusive un olor extraño.
3. Si la violaron, deberá llamar a la policía cuanto antes; no se bañe ni se cambie de ropa. El semen, el cabello y el material bajo las uñas de los dedos o en su ropa servirán para identificar al atacante.
4. Conviene ponerse en contacto con un centro de crisis de violaciones donde personal calificado le ayudará a enfrentar el trauma. En Estados Unidos la mayor parte de las grandes comunidades urbanas cuenta con esa clase de programas. Si no puede realizar el contacto personalmente, haga que un amigo, un miembro de la familia o la policía realice la llamada.
5. Además de la consejería general, hay otros programas de tratamientos efectivos para las mujeres violadas. Si los síntomas no disminuyen tras algún tiempo, estudie la conveniencia de inscribirse en uno de esos programas. No tiene caso que siga sufriendo.
6. Por último, recuerde que muchas mujeres se culpan erróneamente de lo sucedido, pero ser violado no constituye un crimen; el crimen lo cometió el hombre que la violó a usted.

masiva es una estrategia militar con la que se aterroriza y desmoraliza a una población con el fin de destruir su integridad cultural y —a veces— obligar a comunidades enteras a huir de sus hogares. Se logra así la meta de “limpieza étnica” (Carlson, 1997; Eaton, 2004; Hargreaves, 2004; Shanks y colaboradores, 2001). La violación es, pues, un acto de guerra que ataca no sólo a una mujer, sino también a su familia y a su comunidad.

El recuadro anexo, dedicado al castigo infligido a las mujeres violadas, nos da una idea de cómo la reacción de la sociedad ante la violación, ya sea en tiempos de guerra o no, puede acrecentar el sufrimiento de las víctimas.

SEXUALIDAD Y DIVERSIDAD

Castigo infligido a las mujeres violadas

¿Qué sentiría si sus enemigos la violaron y luego la rechazaran su familia y amigos por lo ocurrido? Poco después de terminar la guerra de Kosovo en 1999, la prensa publicó los problemas de las mujeres que regresaban a su hogar después de haber sido ultrajadas. Pese al terrible sufrimiento que habían soportado, si admitían la violación corrían el peligro de ser desconocidas por sus familiares y amigos. En vez de recibir apoyo para curar las heridas del trauma, se veían obligadas a reprimir sus recuerdos, pensamientos y sentimientos tan dolorosos antes que exponerse a ser rechazadas por su familia y comunidades (Lorch y Mendenhall, 2000).

Durante la guerra reciente de cinco años en el Congo, se calcula que una de cada tres mujeres fueron sometidas a violación tumultuaria tan violenta que miles de ellas presentan fístula vaginal (perforación de la pared de la vagina que impide controlar la orina y las heces). En vez de recibir atención médica, muchas han sido abandonadas por su marido y excluidas de su comunidad (*Reproductive Health Matters*, 2004).

Por desgracia estas actitudes no se dan exclusivamente en Kosovo ni en el Congo. La investigación demuestra que en Estados Unidos algunos hombres también tienden a culpar a la víctima: en una investigación realizada en grupos multiétnicos de la ciudad de Nueva York, los varones norteamericanos de origen cubano evaluaron negativamente a una adolescente *víctima de abuso sexual* (Rodríguez-Stednicki y Twaite, 1999). En otra investigación, los hispanos de Estados Unidos tendían a culpar más a las mujeres por la violación que los hombres de raza blanca (Cowan, 2000).

A la mayoría de nosotros nos parece deplorable culpar a la víctima, pero algunos sostienen la necesidad de aceptar que otras culturas son diferentes de la nuestra y tienen derecho a sus propios valores. Sin embargo, una investigación reciente indica que esas actitudes y conductas tienen un efecto profundamente negativo en quienes sufren violación y violencia sexual. En un estudio en que se evaluó a 157 víctimas de crímenes violentos se descubrieron dos cosas: la vergüenza y la ira contribuyen de modo importante al hecho de que ésta presente o no el estrés post-traumático; y principalmente la vergüenza determina la gravedad de los síntomas subsecuentes (Andrews y colaboradores, 2002). Por tanto, los valores culturales que culpan a la mujer violada (y quienes los defienden y aplican) constituyen un factor decisivo en la prolongación de su sufrimiento.

Secuelas de la violación

Sin importar si a la persona la viola un extraño, un conocido o su pareja, la experiencia puede resultar traumática y con repercusiones de largo plazo. Se comprende que muchos sobrevivientes muestren efectos emocionales prolongados si consideramos las características de la agresión sexual: tanto la violencia física como el trauma psicológico y las actitudes sociales frente al hecho.

Vergüenza, ira, temor, culpa, depresión e impotencia son sentimientos comunes (Draucker y Stern, 2000; Koss y colaboradores, 2002; Vandeusen y Carr, 2003). Una de las razones por las que algunas mujeres sienten culpa y vergüenza es porque a menudo la gente —y también ellas— las considera responsables, prescindiendo de las circunstancias, por no haber evitado que ocurriera la actividad sexual no deseada. Otra razón para la incomodidad es que algunas mujeres se excitaron durante el ataque, llegando incluso al orgasmo (Sarrel y Masters, 1982). La respuesta erótica, sobre todo cuando se acompaña del orgasmo, puede ocasionar gran aflicción y algunas veces parece más perturbadora que el trauma físico y psicológico. Sin embargo, como dicen Alfred Kinsey y sus colegas: “El mecanismo fisiológico de cualquier reacción emocional (ira, terror, dolor, etc.) puede ser el mecanismo de la respuesta sexual” (Kinsey y colaboradores, 1984, p. 165). Así pues, en algunos casos la excitación erótica de una experiencia intensa llega a ser una reacción fisiológica normal.

Aparte del efecto psicológico de la violación, también aparecen frecuentemente algunos síntomas como náuseas, cefaleas, problemas gastrointestinales, lesiones genitales e insomnio (Hilden y colaboradores, 2005; Krakow y colaboradores, 2000; Ullman y Brecklin, 2003). Aproximadamente 32% de las mujeres y 16% de los hombres violados después de cumplir 18 años mencionaron lesiones físicas durante el acto (Tjaden y Thoennes, 1998). Los sobrevivientes relacionan la actividad física con el trauma del asalto. De ahí que la actividad sexual pueda provocar ansiedad en vez del deseo o la excitación (Koss y colaboradores, 2002, 2003). En un experimento de largo plazo, 40% de los sobrevivientes se abstuvo de contacto sexual de seis meses a un año después de la violación, y casi 75% lo disminuyó hasta por seis años (Burgess y Holmstrom, 1979).

Cuando las reacciones emocionales y físicas de una mujer tras una violación o intento de violación son graves, podemos afirmar que sufre un **trastorno de estrés postraumático (TEPT)**. Es una categoría diagnóstica oficial de la American Psychiatric Association (2000): designa un problema psicológico de largo plazo que puede aparecer después de que alguien ha sido sometido a uno o varios eventos traumáticos. Cuando alguien ha pasado por una experiencia perturbadora —un ataque sexual, combate en la guerra o un accidente horrible—, presenta a menudo varios síntomas penosos a raíz de lo sucedido: sueños inquietantes, pesadillas, depresión, ansiedad y sensación de una vulnerabilidad extrema. Además, del mismo modo que los veteranos de guerra reviven las experiencias traumáticas del combate, también una víctima de violación recordará la agresión reviviendo el terror de ese momento. La investigación indica que a la violación corresponde uno de los índices más altos del estrés postraumático en hechos no relacionados con la guerra (Koss y colaboradores, 2002; Ullman y colaboradores, 2005).

A menudo el trauma ocasionado por la violencia disminuye al recibir asesoría de apoyo, ya sea individual, ya sea en grupos (Romeo, 2005; Symes, 2000; Vandeusen y Carr, 2003). De acuerdo con las investigaciones, las mujeres a quienes se ayuda poco después del ataque presentan repercusiones emocionales menos graves que cuando el tratamiento se retrasa (Campbell, 2006; Duddle, 1991). La mayoría de las veces experimentan un gran alivio cuando hablan de la violación y del trastorno emocional que experimentaron. Frecuentemente, recordar lo sucedido les permite ganar control sobre los sentimientos dolorosos e iniciar el proceso de curación. En el recuadro titulado “Cómo ayudar a una pareja o amiga a recuperarse de la violación” se ofrecen sugerencias para comunicarse e interactuar con ellos.

Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

Problema psicológico ocasionado por la exposición a eventos extremadamente dolorosos.



Palabras para consultar en InfoTrac

● Trastorno de estrés postraumático

Violación y agresión sexual contra varones

Los profesionales de la salud que trabajan con sobrevivientes de una violación saben que algunos de ellos son varones. Aunque en la vasta mayoría de los casos la víctima es una mujer, también los hombres están expuestos a ataques sexuales, entre ellos la violación (Davies y colaboradores, 2006; Kassing y colaboradores, 2005; Krahe y co-

Cómo ayudar a una pareja o amiga a recuperarse de la violación

La violación de la pareja o de una amiga es una experiencia difícil tanto para la víctima como para su pareja y amigos. En cierto modo, la pareja y los amigos más cercanos también son victimizados por la agresión. Sienten a veces varias emociones, desde ira y repugnancia hasta indefensión, además de sentirse confundidos e inseguros sin que sepan cómo reaccionar ante el ser querido o amiga victimizada. La confusión causa sufrimiento a todos los interesados porque la reacción de la pareja y de los amigos puede influir decisivamente en la recuperación de la víctima. En la siguiente lista ofrecemos sugerencias para comunicarse e interactuar con ella a fin de ayudarla a recuperarse de una experiencia tan traumática. Algunas de las sugerencias se adaptaron de dos libros excelentes: *Sexual Solutions* (1980) de Michael Castleman, y *"Friends" Raping Friends: Could It Happen to You?* (1987), de Jean Hughes y Bernice Sandler. Aunque nos referiremos varias veces a la víctima como mujer, nuestras recomendaciones se aplican igualmente a los hombres.

1. *Escuche.* Probablemente lo más importante que uno puede hacer para ayudarle a una víctima a recuperarse consiste en escucharla. Es comprensible tratar de desviar su atención a otras cosas para que olvide lo sucedido. Sin embargo, los expertos que trabajan con sobrevivientes de un ataque sexual han descubierto que muchos necesitan hablar una y otra vez de la agresión para superarla. La pareja o un amigo deberá alentar a la víctima para que mencione la violación tan frecuentemente como pueda en la forma que pueda.
2. *Hágale saber que le cree lo que le sucedió.* Una sobreviviente necesita que le crean las personas que ama o que están cerca de ella. Por eso es indispensable aceptar su versión

de la agresión sin dudar de ninguno de los hechos. Para que sepa que le creemos y que compartimos su dolor, bastará una simple frase como: "Lo que describes es una violación intolerable y siento que hayas tenido que pasar por una experiencia tan terrible." Transmite la aceptación de lo relatado y empatía por su dolor.

3. *Hágale saber que no fue su culpa y que nada tiene que ver con lo ocurrido.* Muchas víctimas piensan que de algún modo son responsables del ataque ("No debería haberlo invitado a casa", "Debí tratar de resistir", u otra idea similar). Son impresiones capaces de producir un fuerte sentimiento de culpa. Procure evitar estas recriminaciones tan nocivas diciéndole con claridad y calma: "Sé que no tienes la culpa del ataque" o "Tú eres la víctima y no la responsable por lo que te sucedió".
4. *Controle sus emociones.* La pareja debe evitar a toda costa concentrarse en su propia ira o supuestas deficiencias: "Debí estar a tu lado para protegerte." La víctima acaba de ser agredida por uno o varios hombres violentos, y no le ayudará a recobrar el control los desahogos de su pareja o de sus amigos.
5. *Brinde consuelo.* La víctima lo necesita urgentemente, en especial si es alguien a quien ama o estima. Tal vez quiera que la abracen; el consuelo al sentirse entre los brazos de alguien en quien confía marca un hito en el largo proceso de recuperación. Cabe también la posibilidad de que no quiera que la toquen en absoluto. Respete su deseo. También las palabras producen un efecto tranquilizador. El mero hecho de oír "Te quiero mucho, estaré siempre a tu lado para apoyarte en todo como tú lo quieras" serán sumamente reconfortantes.

laboradores, 2003). En la encuesta efectuada por Tjaden y Thoennes (1998) —mencionada en páginas anteriores— se descubrió que 3% de los varones entrevistados había sufrido una violación o intento de ataque. Una reseña exhaustiva de 120 de estos estudios en los que se analizaron colectivamente datos de más de 100 000 entrevistados, reveló lo siguiente: la frecuencia de violación o intento de violación a hombres por parte de mujeres fue de 3.3 y 5.5%, respectivamente (Spitzberg, 1999). En dos encuestas más recientes de Alemania administradas a varios cientos de hombres heterosexuales, la frecuencia de violación e intentos de violación por parte de mujeres fue de 2.8 y 4% (estudio 1), y de 5.2 y 2.6% (estudio 2), respectivamente (Krahe y colaboradores, 2003).

Ha sido difícil recopilar las estadísticas referentes a los varones por diversas razones; una de las más importantes es que tienden menos que las mujeres a denunciar el hecho (Davies y colaboradores, 2006; Kassing y colaboradores, 2005; Mitchell y colaboradores, 1999). Se calcula que apenas uno de cada 10 casos de violaciones a varones se denuncia a la policía (Kassing y colaboradores, 2005). Según una explicación, los hombres temen que se les juzgue duramente en caso de presentar una denuncia. Y eso lo confirma por lo menos un estudio (Spencer y Tan, 1999). Los investigadores descubrieron lo siguiente: los denunciadores eran vistos con malos ojos, especialmente por otros hombres. Estos varones victimizados estaban seguros de que el personal

6. *Permita a la víctima tomar decisiones.* Se recobrará más pronto si puede decidir cómo enfrentar las consecuencias. Tomar decisiones personales sobre qué hacer constituye un paso que le ayudará a recuperar el control de su vida, luego de haberlo perdido durante el ataque. Una manera de colaborar en ello consiste en formular preguntas abiertas (*cf.* capítulo 7): “¿Qué ajustes te gustaría realizar en los siguientes días o semanas?” o “¿Qué puedo hacer por ti ahora?” En ocasiones conviene proponer alternativas. Por ejemplo, mientras se le alienta para que tome una medida positiva, podría preguntársele: “¿Quieres llamar a la policía, ir a un hospital o llamar a una línea de emergencia?” Recuerde: las decisiones debe tomarlas ella y es preciso respetar esto sin sugerirle nada aunque usted no esté de acuerdo.
7. *Ofrezca refugio.* En caso de que no viva con usted, propóngale irse a vivir con ella, que ella se quede con usted o ayúdele a conseguir un lugar donde se sienta cómoda. No lo olvide: ella es quien decide.
8. *Siga ofreciéndole apoyo.* En los días, semanas e incluso meses después de la violación, la pareja y los amigos continúan mostrándole empatía a la víctima, apoyándola y tranquilizándola. Deben alentarla para que reanude una vida normal y estar a su lado cuando se sienta muy vulnerable, temerosa o irritable. Deben escucharla con paciencia, aun cuando tengan que oír lo mismo una y otra vez. Si se enjuicia al atacante, ella necesitará apoyo y comprensión a lo largo de un largo y doloroso proceso.
9. *Con paciencia espere que la víctima reanude la actividad sexual.* Reanudar la actividad sexual después de una violación

puede presentar problemas tanto a la víctima como a su pareja. La violación produce problemas sexuales en la mujer: quizá no quiera tener relaciones durante un tiempo. Pero algunas las desean poco después, quizá para estar seguras de que su pareja sigue amándolas y no las considera “mancilladas”.

Las preguntas abiertas favorecen un diálogo sobre la reanudación de la vida sexual: “¿Qué opinas de tener sexo conmigo y cómo te sientes ante esta posibilidad?” o “¿Algo te inquieta respecto de la reanudación de nuestra actividad sexual?”

Algunas mujeres prefieren prescindir del sexo por algún tiempo, optando a cambio por la intimidad sentimental y el afecto. Conviene que sean ellas quienes decidan cuándo o cómo tener relaciones sexuales. Es importantísimo el apoyo de su pareja en esto. Aun después de reanudadas, quizá transcurra algún tiempo antes que la mujer logre relajarse y responda como lo hacía antes de la violación. Un compañero paciente y sensible le ayudará a volver a experimentar una intimidad sexual placentera.

10. *Considere la conveniencia de la psicoterapia.* En ocasiones a la víctima no le basta la ayuda que la pareja, sus amigos y parientes puedan ofrecerle, si importar cuánto la hayan apoyado. Es preciso que todos ellos reconozcan esa necesidad y le aconsejen buscar ayuda profesional. La terapia de corto o de largo plazo le servirá para recuperarse del trauma emocional y reconstruir su vida. Posiblemente también la pareja requiera ayuda para sortear los conflictos tan graves y los sentimientos de ira y de culpa personal.

encargado de aplicar la ley no les creería o pensaría que fueron ellos quienes de alguna manera provocaron la violación (Kassing y colaboradores, 2005; Walker y colaboradores, 2005). Además, como a los hombres se les socializa para que sean fuertes y capaces de defenderse, denunciar lo sucedido reflejaría debilidad o responsabilidad personal (Kassing y colaboradores, 2003).

El abuso sexual contra hombres rara vez se menciona en los medios o en la literatura médica o psicológica (Stermac y colaboradores, 1996). El resultado es que se han dedicado pocas investigaciones al tema (Krahe y colaboradores, 2000, 2003). De hecho, apenas en los últimos 10 años algunos estados revisaron su código de delitos para incluir a los varones adultos como víctimas en la definición de la violación (Isely y Gehrenbeck-Shim, 1997).

Los violadores de hombres pueden ser heterosexuales que a menudo lo hacen con uno o más compañeros (Frazier, 1993; Isely y Gehrenbeck-Shim, 1997). Igual que en el caso de las mujeres, la violencia y el poder acompañan la agresión. La posibilidad de ser violado es un problema serio entre los homosexuales, porque en general son víctimas de tales ataques. Aunque frecuentemente son violados por hombres heterosexuales, el agresor suele ser un homosexual que es su pareja actual o su expareja (Hickson y colaboradores, 1994; Walker y colaboradores, 2005).

La violación contra reclusos en las instituciones penales constituye otro problema serio (Bell, 2006; Hensley y colaboradores, 2003). En una encuesta de gran alcance aplicada a casi 2 000 presos en siete cárceles, se comprobó lo siguiente: 21% de ellos había recibido amenazas o agresiones y 7% reconoció que había sido violado (Struckman-Johnson y Struckman-Johnson, 2000). Los violadores se consideraban a sí mismos heterosexuales. Al ser liberados, suelen reanudar sus relaciones con mujeres. Las víctimas sufren a menudo brutales ataques masivos. A veces se convierten en la pareja sexual de uno de los reclusos dominantes con tal de obtener su protección (Braen, 1980).

Si un hombre se ve obligado a penetrar la vagina, el ano o la boca de otra persona con el pene, a esas acciones se les clasifica como *violación* (McCabe y Wauchope, 2005). Cada día se conocen más casos de hombres que han sido objeto de coerción sexual por parte de mujeres que los amenazan con causarles un daño corporal (Kassing y colaboradores, 2005). Generalmente se rechaza la idea de que un varón maduro pueda ser violado por una mujer, por suponerse que su función sexual queda inhibida en un estado de ansiedad o miedo extremos. Pero se trata de una suposición falsa. Alfred Kinsey y sus colegas fueron acaso los primeros investigadores en señalar que tanto las mujeres como los hombres pueden funcionar sexualmente en condiciones emocionales extremas. La respuesta sexual durante un ataque, sobre todo cuando ocurre el orgasmo, puede producir gran confusión y ansiedad a los sobrevivientes, lo mismo a hombres que a mujeres.

Philip Sarrel y Williams Masters (1982) mencionan el caso de 11 hombres que fueron violados por mujeres. Ninguno de ellos denunció el hecho y tampoco ninguno podía hablar de ello antes de recibir una terapia algunos años más tarde. Todos presentaban trastornos emocionales, ansiedad ante su desempeño sexual, sentimientos de inadecuación y un deterioro en la función sexual. En otras investigaciones se ha descubierto lo siguiente: al igual que las mujeres, los hombres que han pasado por esa experiencia presentan consecuencias emocionales y sexuales de largo plazo (Kassing y colaboradores, 2005; Walker y colaboradores, 2005).

La violación en contra de hombres también ocurre en tiempos de guerra. Pero ni los investigadores ni los medios se ocupan mucho de estos casos. Entre los pocos estudios figuran los de las violaciones cometidas durante las guerras en Grecia (Lindholm y colaboradores, 1980), en El Salvador (Agger y Jensen, 1994) y Croacia (Medical Center for Human Rights, 1995). La creencia tan generalizada de que sólo la mujer puede sufrir un ataque sexual ha hecho que muchos sistemas legales incluyan en la categoría general de tortura o abuso la violación contra los hombres en tiempos de guerra (Carlson, 1997). En los hechos, se reconoció que también ellos pueden ser víctimas cuando el Tribunal Internacional de Crímenes de Guerra para la ex Yugoslavia dio a conocer que muchos hombres habían sido violados o sufrido otro tipo de agresión sexual durante el conflicto en esa región (Carlson, 1997).

➤ Abuso sexual contra los niños

Este tipo de abuso sexual (también físico y emocional) en la sociedad norteamericana y en todo el mundo es un problema de proporciones extraordinarias. Puede tener efectos dolorosos a largo plazo, como se advierte en el siguiente caso.

Cuando tenía 10 años, mi madre volvió a casarse y nos mudamos a la casa de mi padrastro. Al cumplir 11 años él empezó a subir para decirme buenas noches. El contacto físico comenzó poco después y duró años. Yo permanecía inmóvil y rezaba porque se fuera, pero nunca lo hacía. Durante mucho tiempo creí que era culpa mía. Me costaba mucho tener una relación sexual, porque me sentía muy culpable y sucia. Pensaba que si yo no existiera, eso nunca habría sucedido. Tal vez mi madre estaba enterada, pero nunca hizo nada al respecto. No quería causar problemas porque temía quedarse sola de nuevo, sufrir la pobreza. (Archivo de los autores).

En esta sección examinaremos la frecuencia del abuso sexual infantil, los efectos que produce en las víctimas, lo que puede hacerse para disminuirlo y la manera de ayudar a quienes lo han padecido. El **abuso sexual infantil** se define cuando un adulto tiene un contacto sexual de cualquier índole con un niño (caricias inapropiadas, estimulación oro-genital, coito, etc.). Aun cuando no se dé violencia manifiesta ni amenazas de agresión, esa interacción se considera coercitiva e ilegal porque un niño no es considerado lo bastante maduro para dar un consentimiento informado sobre una relación sexual. El consentimiento informado supone un nivel adecuado de madurez intelectual y psicológica para entender cabalmente el significado de una acción particular y sus consecuencias. El hecho de que los adultos aprovechen la ingenuidad e inocencia de sus víctimas se ha convertido en un problema serio para los menores que usan Internet, como veremos más adelante en el capítulo.

En general los investigadores distinguen el abuso sexual sin que medie parentesco alguno —llamado **pedofilia** o **abuso infantil**— del **incesto**, que es el contacto entre dos parientes (uno de los cuales es a menudo un niño). El incesto incluye el contacto entre hermanos, lo mismo que el de los niños con sus padres, abuelos, tíos o tías. Puede ocurrir entre adultos emparentados, pero por lo regular se da entre un niño y un familiar adulto (o un hermano mayor). Aunque su definición varía un poco de una cultura a otra, es una de las conductas sexuales más prohibidas en el mundo.

Los estados de la unión americana tienen cada uno su propio código legal que determina si la interacción sexual entre un adulto y una persona más joven se considera abuso infantil (generalmente cuando la persona tenga menos de 12 años), estupro (generalmente entre 12 y 16 o 17 años de edad) o un acto sexual con consentimiento. La edad de consentimiento en Estados Unidos tiende a fluctuar entre los 16 y 18 años, aunque puede ser hasta de 14 o 15 años (Findholt y Robrecht, 2002). A veces los códigos legales se antojan ridículos, en especial las interacciones en las que uno de los participantes es —técnicamente— adulto y el otro es —técnicamente— un menor, aunque la diferencia de edades sea apenas de dos años.

El incesto ocurre en todos los niveles socioeconómicos y es ilegal, sin importar la edad de quienes lo realicen. Pero una relación incestuosa voluntaria entre parientes adultos tiende mucho menos a originar una acción legal que si se da entre un adulto y un niño.

Aunque se suponía que el incesto entre padre e hija era el más común, se ha demostrado que entre hermano y hermana o entre primos hermanos es el más frecuente (Canavan y colaboradores, 1992; Finkelhor, 1979). El que ocurre entre hermanos generalmente pasa inadvertido, pero cuando se descubre causa la misma reacción extrema que el incesto entre padre e hija. Sin embargo, el abuso coercitivo por un hermano o progenitor ocasiona un efecto devastador en el niño ultrajado.

La relación incestuosa entre un padre (o padrastro) con su hija suele iniciar sin que ella entienda lo que ocurre. A veces empieza como una actividad divertida: luchas, cosquillas, besos y caricias. Con el tiempo va aumentando e incluye tocar los senos y genitales, acompañándose esto de estimulación oral o manual y coito. En la mayoría de los casos el padre aprovecha su autoridad o la intimidad emocional más que la fuerza física para satisfacer sus deseos. Presiona a la hija para que acceda asegurándole que va a “enseñarle” algo importante, ofreciéndole premios o explotando su necesidad de afecto. Más tarde, cuando la hija descubre que la conducta es inapropiada o cuando las exigencias del padre son desagradables o traumatizantes, le será difícil escapar. En ocasiones aprecia la relación por el reconocimiento especial o los privilegios que obtiene. Algunas veces el incesto se hace público cuando se enoja con su padre —a menudo por razones ajenas al sexo— y lo acusa. Otras veces la madre se entera con horror lo que sucede entre su esposo y su hija. Y en ocasiones quizá lo sepa pero no hace nada al respecto por razones personales: vergüenza, miedo a represalias, deseo de evitar la separación de la familia o el hecho de que el incesto la libera de las exigencias sexuales del marido.

Abuso sexual infantil

Hecho de que un adulto tenga contacto sexual de cualquier tipo con un niño; por ejemplo, caricias inapropiadas, estimulación oro-genital y coito.

Pedofilia o abuso

infantil Contacto sexual entre un adulto y un niño sin ningún parentesco.

Incesto Contacto sexual entre dos parientes (uno de los cuales suele ser niño) que no sean cónyuges.



Palabras para consultar en InfoTrac

- Abuso sexual infantil
- Pedofilia

La violación de la hija por su padre tiende más a ser denunciada a las autoridades que otras clases de incesto. Sin embargo, a menudo una niña no la reporta por miedo a destruir a la familia: por encarcelamiento del padre, por problemas económicos de la madre o porque ella o sus hermanos sean enviados a un orfanato. Algunas veces los cónyuges se separan o divorcian. Otras veces la víctima se culpabiliza. Esas potenciales consecuencias en caso de dar a conocer la relación incestuosa imponen una fuerte presión a la niña para guardar silencio. Por estas y otras razones no querrá decirle a ningún pariente lo que ocurre, muchos menos a sus maestros o vecinos.

Características de quienes cometen abuso infantil

Todavía no se cuenta con un perfil clásico del pedófilo; tan sólo sabemos que la mayoría de ellos son varones heterosexuales conocidos de la víctima (Murray, 2000; Salter y colaboradores, 2003). Los pedófilos se hallan en todas las clases sociales, en todos los niveles del logro académico y de inteligencia, en todas las ocupaciones, religiones y grupos étnicos. Las evidencias sugieren que muchos de ellos —especialmente a los que se logra enjuiciar— son tímidos, solitarios, poco informados de la sexualidad, y tienden a ser moralistas y muy religiosos (Bauman y colaboradores, 1984). Es muy probable que muchos tengan pobres relaciones interpersonales y sexuales con otros adultos y se sientan, socialmente, inadecuados e inferiores (Dreznick, 2003; Minor y Dwyer, 1997). Sin embargo, algunos que escapan al sistema legal son personas con alta escolaridad, sociables, de espíritu cívico y exitosos en el aspecto financiero (Bauer, 1995). A menudo escogen a su víctima entre amigos de la familia o entre los vecinos o conocidos (Murray, 2000). Las relaciones sexuales con esos niños constituyen una manera de sortear los fuertes sentimientos de inadecuación que suelen padecer dentro de las relaciones sociales con los adultos.

He aquí otras características de los pedófilos: alcoholismo, graves problemas conyugales y sexuales, y un deficiente ajuste emocional (Johnston, 1987; McKibben y colaboradores, 1994). Muchos sufrieron agresión sexual en su niñez (Bouvier, 2003; Putnam, 2003).

A semejanza de los pedófilos, los incestuosos son principalmente hombres que no encajan en ningún perfil clásico. Más bien “forman un grupo complejo y heterogéneo de individuos parecido a la demás gente” (Scheela y Stern, 1994, p. 91). Sin embargo, quienes cometen incesto tienden a compartir algunos rasgos de muchos pedófilos. Suelen tener un bajo nivel económico, beben demasiado, están desempleados, son profundamente religiosos e inmaduros (Rosenberg, 1988; Valliant y colaboradores, 2000). Su conducta podría originarse en una tendencia general a la pedofilia, en la percepción de grave inadecuación en sus relaciones sexuales con adultos o en el rechazo de un cónyuge hostil; sus acciones se complementan con el alcoholismo u otro trastorno psicológico (Rosenberg, 1988). Suelen tener ideas distorsionadas sobre el sexo entre adulto y niño. Por ejemplo: quizá piensen que un chico desea el contacto sexual si no se resiste, que la relación sexual adulto-niño es una experiencia efectiva para que el menor aprenda acerca del sexo, que las relaciones con su hija mejoran con la interacción sexual y que si un niño no denuncia el acto sexual es porque lo disfruta (Abel y colaboradores, 1984).

Prevalencia del abuso sexual infantil

¿Qué tan alta es la incidencia del abuso infantil en Estados Unidos? Resulta difícil calcular la prevalencia del incesto o de la pedofilia. Por los motivos antes mencionados, muchas de las víctimas de incesto no dicen lo que está ocurriendo y quizá lo callen hasta llegar a la adolescencia. Por varias razones los casos raramente se denuncian en el momento de realizarse. Por ejemplo, el niño quizá no distinga entre las expresiones de afecto y un contacto sexual ilícito. A menudo, cuando le comunica a sus padres esas insinuaciones, no le creen o no desean exponer al niño ni a ellos o a la

pareja a un juicio que causaría gran estrés a toda la familia. La situación se complica porque el ofensor a menudo es un amigo de la familia, un conocido e inclusive un líder religioso de la comunidad.

Como casi siempre el abuso infantil no se denuncia cuando tiene lugar, los investigadores recurren sobre todo a las declaraciones de adultos respecto de sus experiencias en la infancia. Las estimaciones de este delito en la sociedad norteamericana son impresionantes. En varias encuestas se descubrió que la proporción de niñas violadas fluctúa entre 20 y 33%, mientras que los porcentajes de los niños oscilan entre 9 y 16 (Finkelhor, 1993, 1994; Gorey y Leslie, 1997; Guidry, 1995). Hasta la fecha el esfuerzo más amplio para calcular la frecuencia del abuso infantil es un meta-análisis de 1997, en el cual se analizaron y combinaron los datos de 16 estudios separados. En cada uno de éstos —14 efectuados en Estados Unidos y dos en Canadá— se entrevistó a adultos y se les pidió recordar las experiencias de abuso antes de los 18 años de edad. Al combinar los datos se obtuvo una muestra agregada de 14 000 sujetos aproximadamente. Un resumen indicó que cerca de 22% de las mujeres y 9% de los hombres habían sido abusados sexualmente en la infancia (Gorey y Leslie, 1997).

Una aclaración: si bien la literatura clínica muestra que un número mayor de niñas que de niños sufre abuso sexual, el número de chicos que son molestados sexualmente en Estados Unidos puede ser mucho más grande de lo que se había estimado con anterioridad (Denov, 2003*a*, 2003*b*). De hecho, en dos encuestas más recientes se comprobó que casi una cuarta parte de los hombres entrevistados dijo haber sufrido alguna clase de abuso sexual a los 13 años (Dilorio y colaboradores, 2002; Stander y colaboradores, 2002).

Los profesionales de la salud mental reconocen cada vez más el siguiente hecho: aunque la mayoría de los agresores es varón, algunos niños y niñas sufren esa agresión por parte de mujeres, frecuentemente de su propia madre (Denov, 2003*b*; Goldman y Padayachi, 2000; Guidry, 1995). La idea de que a veces las mujeres victimizan sexualmente a los niños se ha abierto paso con lentitud, porque el abuso se considera una actividad exclusivamente masculina y por “ser un tema tabú, porque el abuso sexual femenino es más amenazador —mina los sentimientos de cómo la mujer debería relacionarse con los niños” (Elliot, 1992, p. 12).

Las estadísticas de la frecuencia del abuso infantil han suscitado importantes controversias. A juicio de algunos, subestiman el problema, y otros aseguran que lo exageran. Uno de los informes más polémicos se refiere a los adultos que relatan recuerdos recuperados del ultraje que sufrieron en la niñez.

Recuerdos del abuso sexual durante la niñez

En los medios se mencionan numerosos casos en que los supuestos violadores han sido acusados y condenados a partir del testimonio de mujeres adultas que “recuperaron” memorias del hecho cometido durante su infancia. La “recuperación” suele ocurrir en las sesiones de psicoterapia. ¿Pero puede alguien reprimir los recuerdos que se remontan a años o décadas atrás y luego, en forma repentina o gradual, recordarlos al ser expuesto a ciertos estímulos desencadenantes? ¿O puede el “recuerdo” de un evento que jamás ocurrió en la niñez ser sugerido a un adulto y luego “ser recordado” como verdadero? Es la pregunta crucial de la controversia entre psiquiatras, investigadores y abogados.

En opinión de los escépticos, miles de familias e individuos han sido devastados por una tendencia generalizada a aceptar la validez de los recuerdos recuperados sin contar con pruebas contundentes. Para probar sus palabras, señalan casos en que una persona acusada y condenada falazmente fue exonerada más tarde, ya sea por el sistema legal, ya sea por retractación de la “presunta” víctima (Frazier, 2006; Gardner, 2006; Hoover, 1997).

La posibilidad de ser acusado falsamente de tan atroz crimen provoca una verdadera pesadilla. ¿Con qué frecuencia resultan falaces las acusaciones, es decir, qué

probabilidades hay de que los recuerdos recuperados sean imaginarios? Para situar el problema en su justa perspectiva, vamos a analizar algunos hechos.

Varios trabajos de investigación respaldan la legitimidad de esas memorias. En uno de ellos se localizó y entrevistó —en la década de 1990— a 129 mujeres adultas que fueron violadas 20 años antes. De este grupo, 38% no recordaba el abuso que había sido denunciado y demostrado 17 años antes. El autor de la investigación llegó a la siguiente conclusión: si el olvido del abuso en la niñez es un hecho común entre las adultas como lo indican los resultados del estudio, “no debería sorprender que algunas lo evoquen al cabo de algún tiempo” (Williams, 1994, p. 1174). En otro estudio, 56% de 45 sobrevivientes adultas de abuso sexual aseguró haber olvidado por varios periodos de tiempo lo sucedido; 16% de ellas lo recordó mientras recibía psicoterapia (Rodríguez y colaboradores, 1997). Una encuesta administrada a cientos de universitarios reveló que 20% de 111 víctimas de abuso sexual en la infancia señaló que había recuperado el recuerdo (Melchert y Parker, 1997). Por último, una encuesta a nivel nacional de una muestra de psicólogos indicó que 25% de los entrevistados había sufrido este ultraje en la niñez y 40% de ellos dijo que lo había olvidado por varios periodos de tiempo (Feldman-Summers y Pope, 1994).

Por otra parte, algunos investigadores han mostrado escepticismo respecto de los recuerdos de abuso sexual en la infancia. A juicio de algunos, los “recuerdos reprimidos” son *plantados* de modo inconsciente en clientes sugestionables por psicoterapeutas demasiado celosos o con una formación deficiente para quienes casi todos los problemas psicológicos tienen su origen en el abuso sexual infantil (Gardner, 2006; Gross, 2004; Yapko, 1994). Numerosos estudios han demostrado la facilidad relativa con que puede crearse en el laboratorio el “recuerdo” de hechos que jamás ocurrieron. (Brainerd y Reyna, 1998; Loftus y colaboradores, 1994; Porter y colaboradores, 1999). Por ejemplo, en un estudio de 11 semanas se preguntó a niños pequeños con intervalos semanales si habían experimentado cinco hechos diferentes. Cuatro de los hechos eran reales y uno —ser tratado en el hospital por un dedo lastimado— era ficticio. Los niños reconocieron con facilidad los hechos reales. Pero a más de una tercera parte también se le fue convenciendo gradualmente, en un lapso de 11 semanas, de que se habían lastimado uno de los dedos. En algunos casos hasta “recordaban” los pormenores de lo ocurrido. Muchos seguían insistiendo en la veracidad de esos recuerdos falsos, a pesar de que se les dijo que no eran ciertos (Ceci y colaboradores, 1994).

Por supuesto que la idea de la sugestionabilidad de los clientes constituye uno de los argumentos centrales aportados por los escépticos. La investigación demuestra que es posible sugestionar tanto a los niños como a los adultos (Gross, 2004). Pero los resultados de un estudio ponen en tela de juicio este argumento con el que se rechazan los informes de los recuerdos del abuso infantil. Se investigó la sugestionabilidad en un grupo de 44 mujeres que habían rememorado el abuso sufrido en la niñez y en un grupo similar de 31 mujeres que no lo habían vivido. El segundo grupo tendía más a alterar el recuerdo al recibir sugerencias para que lo hiciera (Leavitt, 1997). En cambio, otra investigación arrojó el siguiente resultado: las mujeres que decían haber recobrado el recuerdo de la violación durante la niñez tendían más a cometer errores de memoria que las que habían sufrido el abuso sexual y siempre lo recordaban (Clancy y colaboradores, 2000).

¿A qué conclusión podemos llegar hoy respecto de un tema tan polémico? La American Psychological Association, la American Psychiatric Association y la American Medical Association han emitido declaraciones para apoyar la idea de que los recuerdos pueden recuperarse más tarde. Estas organizaciones profesionales también admiten que un “recuerdo” puede ser sugerido y luego evocarse como auténtico. La controversia sigue vigente, pero conviene precisar lo siguiente: los medios destacan los casos de sujetos que afirman ser acusados falsamente, pero el abuso infantil es un hecho, no está en entredicho. El debate sobre la memoria recuperada no debe marcar el regreso a la época en que las víctimas no presentaban una denuncia por miedo a que no les creyeran. Al mismo tiempo, es preciso obrar en forma responsable para proteger a inocentes de acusaciones injustas que provienen de recuerdos falsos.

Los pedófilos cibernéticos

Antes del advenimiento de Internet, los pedófilos estaban prácticamente aislados. Hoy, gracias a los grupos de apoyo con que cuentan, pueden intercambiar pornografía infantil, hablar de sus experiencias personales, legitimar su conducta y recibir reforzamiento al compartir la idea de que la interacción sexual entre adultos y niños es aceptable (Burke y colaboradores, 2002; Malesky y Ennis, 2004). Además, Internet facilita la victimización de los niños por pedófilos que, “ocultándose tras el velo del anonimato”, navegan a través del ciberespacio sin ser detectados, ofreciendo todo tipo de alicientes con tal de atraer víctimas ingenuas” (Philaretou, 2005, p. 181). Exploran los tableros de boletines en Internet y cruzan las salas de *chateo* diseñadas para niños y adolescentes. Allí encuentran un campo fértil de caza en busca de menores que necesitan atención y de los que tienen confusas nociones de la sexualidad.

Casi siempre, para ganarse la confianza del niño los pedófilos muestran empatía con sus problemas e intereses. Después tratan de lograr que acepte contactos por correo postal, por correo electrónico o por teléfono. En seguida le envían material pornográfico en el que se sugiere que la interacción sexual entre niño y adulto es normal y apropiada. El último paso consiste en concertar una cita. Fue la estrategia que aplicó un ingeniero de 32 años que vivía en Seattle y que usó Internet para atraer a una niña de 13 años, a quien violó reiteradamente. En el año 2000 fue sentenciado a 23 años de cárcel. En el estado de Nueva York, una denuncia presentada por un adolescente de 15 años permitió a la policía arrestar a varios hombres prominentes que habían abusado sistemáticamente de varios niños de la localidad, algunos apenas de 13 años (West, 2000).

En uno de los casos más impactantes de pedofilia en el ciberespacio, en abril de 1996 una niña de 10 años fue invitada a una *pijamada* en casa de una amiga que vivía en Greenfield (California). Durante la noche, escenas de ella mientras era abusada sexualmente por el padre de su amiga fueron proyectadas a otros miembros de un club de sexo, que observaron el evento en vivo en sus computadoras. Un total de 16 miembros del club fueron acusados por utilizar Internet para ver una violación en tiempo real. En mayo de 1997, 14 de ellos se declararon culpables y el líder del club fue sentenciado a cadena perpetua (Mintz, 1997).

Para muchos estas historias crean la imagen de hombres desaliñados y babeantes en abrigos de guerra que pasan el día pegados a una terminal de computadora en vez de divertirse en los campos de juego de una escuela. Pero es un estereotipo que no corresponde a todos los pedófilos del ciberespacio. Muchos son profesionistas de raza blanca y de clase media alta que se sirven del anonimato de Internet para explorar sus fantasías de pedofilia y que por desgracia algunas veces llevan a la práctica (Curry, 2000). ¿Cómo combatir este tipo de pedofilia? En septiembre de 1996 el Congreso de Estados Unidos promulgó la *Communications Decency Act* (CDA), que prohíbe distribuir a los menores material obsceno por computadora. En julio de 1997 La Suprema Corte declaró inconstitucional la ley, concluyendo que transgredía seriamente el derecho a la libre expresión (Levy, 1997). En 2002, en una decisión que reafirmó este derecho, la Corte eliminó una sección de la ley federal de pornografía infantil que penalizaba la posesión o venta de imágenes computadorizadas de niños en el momento de realizar el coito (pornografía infantil “virtual”). De acuerdo con el magistrado Anthony Kennedy, convertir en delito la exhibición de imágenes sexuales que sólo parecieran representar a niños dañaría la labor legítima de cineastas, fotógrafos y publicistas (Savage, 2000). A raíz de esta decisión es legal desplegar en Internet imágenes computarizadas de niños en situaciones eróticas y representarlos mediante actores adultos en ese tipo de escenas, a condición de que ningún chico se muestre o sea “integrado” a esa clase de escenas.

Un escándalo de la página del Congreso estalló en 2006 cuando Mark Foley, congresista republicano por el estado de Florida, tuvo que renunciar tras ser acusado de enviar correos electrónicos sexualmente explícitos a las páginas de varones adolescentes. Esto impulsó a varias legislaturas estatales a imponer castigos más severos a



Mark Foley, congresista republicano del estado de Florida, renunció en septiembre de 2006 después de haber sido acusado de enviar mensajes sexuales explícitos por correo electrónico a las páginas destinadas a varones adolescentes.

los adultos que usen Internet para hacer insinuaciones sexuales a los menores de edad. Mientras que la mayoría de los estados cuenta con leyes que prohíben utilizar Internet con ese fin, su interpretación tiene muchos resquicios. “Por desgracia se necesita que los medios se centren en este tipo de casos para descubrir estas deficiencias en las leyes estatales de protección al niño” (Atwell-Davis in Bakst, 2006). La legislatura de 2007 de Oregón, estado natal del autor del libro, estudiará un proyecto de ley que establecerá fuertes penas contra los adultos que conversen sobre temas sexualmente explícitos con menores a través del correo electrónico o las salas de *chateo*. Inmediatamente después del escándalo del Congreso, los funcionarios de Texas propusieron leyes igualmente rigurosas. John Lynch, gobernador de New Hampshire, exigió las mismas medidas para los depredadores por Internet. En California se aprobó hace poco una norma que facilita llevar a juicio a este tipo de infractores. Confiamos en que estas tendencias reflejen un actitud importante: que el escándalo al que nos hemos referido ponga bajo escrutinio público las debilidades de las leyes contra los depredadores cibernéticos, logrando además que se tomen medidas más estrictas para proteger a los jóvenes en todo el territorio de Estados Unidos.

Algunos portales de enlace de Internet, entre ellos America Online (AOL), han intentado proteger a los niños contra los pedófilos usando “guardias” que vigilen las salas de *chateo* reservadas a menores, por si aparecen diálogos inapropiados o sospechosos. Por desgracia, distan mucho de ser una solución total, porque los mensajes privados no pueden detectarse. Los pedófilos expertos tienden a sostener conversaciones privadas antes de hacer alguna insinuación inapropiada. Hace poco MySpace.com anunció que desarrollará tecnologías para impedir que los ofensores sexuales convictos tengan acceso a este sitio tan popular; se trata sin duda de un hito alentador en el intento por proteger a los jóvenes de los depredadores cibernéticos.

Aunque se cuenta con leyes eficaces aplicables a multitud de casos o con procedimientos internos para desalentar esta clase de delitos, la responsabilidad de proteger a los niños recae sobre los padres de familia. Así como no permitimos que nuestro hijos jueguen sin supervisión en lugares peligrosos, tampoco deberíamos permitirles navegar a través del ciberespacio ni pasar tiempo en las salas de *chateo* sin supervisión. Una estrategia útil consiste en instalar la computadora en un sitio donde los niños puedan ser monitoreados más fácilmente cuando se conecten a Internet. Sería especialmente benéfico para los padres acompañar a los niños cuando se conectan para instruirles sobre cómo identificar las peticiones inconvenientes. Los padres deberían instruir a sus hijos para que nunca proporcionen información personal —número telefónico o domicilio— sin la aprobación parental. También deberían aclararle a los chicos que nunca tengan un encuentro con alguien que hayan conocido por Internet sin la presencia de uno de sus padres o de un adulto. Finalmente, conviene que los progenitores preocupados por la pornografía por computadora compren un programa que bloquee el acceso de los niños a sitios web con imágenes o palabras obscenas. Hay programas de cómputo con los cuales se evita que naveguen en sitios pornográficos, pero desgraciadamente ofrecen poca protección a los que tienen contacto con pedófilos en las salas de *chateo*. Los padres que deseen mayor información sobre medidas de seguridad en Internet pueden consultar al final del capítulo una lista de tres sitios que tratan este tema.

Efectos del abuso sexual infantil

Varias investigaciones señalan que el abuso infantil puede ser una experiencia sumamente traumatizante y demoledora, con consecuencias negativas a largo plazo para muchas de las víctimas (Dong y colaboradores, 2003; Miner y colaboradores, 2006; Noll y colaboradores, 2003). El contacto clínico con sobrevivientes adultos revela recuerdos de la niñez llenos de sufrimiento y confusión. Ellos hablan de la pérdida de su inocencia infantil, del deterioro e interrupción de un desarrollo sexual normal,

de sentirse traicionados por un pariente, amigo de la familia, un clérigo o un líder de la comunidad.

Varios factores influyen en la fuerza de la reacción de la víctima ante el abuso sexual. Cuanto más dure éste, más difícil será que se recupere del trauma (McLean y Gallop, 2003; Vandeusen y Carr, 2003). La indefensión y el sentirse traicionado alcanzan un alto nivel cuando se emplea la coerción física en la violación o cuando la víctima tiene una relación estrecha con el agresor. Esos dos factores —fuerza física y relación víctima-ofensor— probablemente expliquen en gran medida las consecuencias negativas del sobreviviente del abuso sexual en la infancia (Hanson y colaboradores, 2001; Rind y Tromovitch, 1997).

A numerosas víctimas les cuesta mucho establecer relaciones íntimas adultas (Rumstein-McKean y Hunsley, 2001; Vandeusen y Carr, 2003). Cuando las establecen, a veces no logran una plena satisfacción emocional y sexual (Jackson y colaboradores, 1990; Rumstein-McKean y Hunsley, 2001). Lo mismo en hombres que en mujeres, hay un vínculo muy sólido entre el abuso en la infancia y los problemas sexuales de la adultez (Najman y colaboradores, 2005; Vandeusen y Carr, 2003). He aquí otros síntomas comunes de los sobrevivientes: baja autoestima, sentido de culpa, vergüenza, depresión, enajenación, falta de confianza en la gente, rechazo al contacto físico, alcoholismo y adicción a las drogas, obesidad, elevado índice de suicidios, predisposición a padecer victimizaciones de varios tipos, problemas médicos de larga duración, dolor crónico de la pelvis y trastornos gastrointestinales (Miner y colaboradores, 2006; Saewyc y colaboradores, 2004; Thomas 2005; Vandeusen y Carr, 2003).

La investigación indica que hombres y mujeres se distinguen en la forma en que el abuso sexual los afecta. En dos meta-análisis de estudios se utilizaron muestras de universitarios (Rind y colaboradores, 1998) y muestras probabilísticas a nivel nacional (Rind y Tromovitch, 1997). Se comprobó lo siguiente: los hombres tendían menos que las mujeres a sufrir los efectos negativos del abuso infantil. Sin embargo, no todas las investigaciones apoyan esta conclusión. Por ejemplo, una aplicada a 1 500 sujetos de 12 a 19 años de edad reveló que los hombres presentaban más problemas emocionales y de conducta que las mujeres (Garnefski y Diekstra, 1997).

Diversas técnicas se han diseñado para ayudar a los sobrevivientes a resolver cuestiones relacionadas con esa experiencia y las consecuencias emocionales del flagelo sufrido (Putnam, 2003; Vandeusen y Carr, 2003; Wolfsdorf y Zlotnick, 2001). Estas abarcan desde la terapia individual hasta las terapias grupales y las dirigidas a parejas. En la mayoría de las áreas urbanas de Estados Unidos hay además organizaciones de autoayuda destinadas a este segmento de la población. (En caso de que el lector quiera más información para buscar ayuda profesional, le sugerimos repasar las pautas del capítulo 14.)

Prevención del abuso sexual infantil

Los esfuerzos por reducirlo se han concentrado en castigar a los violadores, en proteger a los niños de éstos y en enseñarles a protegerse a sí mismos. Al momento de escribir este libro, y pese a abundantes investigaciones, los programas terapéuticos no han logrado disminuir considerablemente la reincidencia de los agresores (Dewhurst y Nielsen, 1999). Algunos críticos de las sanciones legales exigen endurecer los castigos en su contra (Vachss, 1999); varios estados han aprobado leyes para que se notifique a la comunidad y se registre a los pedófilos en el momento de ser excarcelados. A ambos requisitos se les conoce como la *ley Megan*, nombre con que se recuerda a Megan Kanka, una niña de siete años originaria de Nueva Jersey que fue violada y asesinada en 1994 por un ofensor sexual convicto que se había mudado a la calle enfrente de su casa. Aunque algunos dudan de la constitucionalidad de estas leyes (M. Johnson, 1998), otros sostienen que marcan un cambio radical en la ma-

Alumnos de primaria encienden el *Cirio de la esperanza* en la celebración del Mes Nacional de Prevención del Abuso Infantil.



nera de ver a los violadores: se intenta “curar” a los transgresores para proteger a la comunidad de sus ataques (Simon, 1998).

La mayoría de las veces el abuso sexual lo realiza un conocido de la víctima. Por eso los profesionales de la salud señalan que muchos niños podrían evitar la violación si se les enseñara su derecho a decir “no”, la diferencia entre el contacto físico “correcto” e “incorrecto”, así como las estrategias para rechazar el intento del adulto para obligarlos a contactos íntimos inapropiados.

Como vimos en el capítulo 12, los padres frecuentemente evitan hablar del sexo con sus hijos. Por tanto, sería irrealista esperar una mejor comunicación entre ellos para proteger al niño. Además, los propios padres, frecuentemente, son los que incurren en la violación. La lista anexa, tomada de las obras de varios especialistas en el tema, ofrece recomendaciones para prevenir el abuso infantil. También será de utilidad para los padres de familia, los educadores y otros cuidadores de niños.

1. Es importante presentar a los niños pequeños material orientado a la prevención, porque hasta 25% de las víctimas tiene menos de siete años de edad (Finkelhor, 1984a). Asegúrese de incluir a chicos, porque también ellos pueden ser víctimas.
2. Los educadores y los padres de familia deben exponer los hechos con sencillez, traduciendo “los conceptos del abuso sexual en ideas correspondientes al mundo del niño” (Finkelhor, 1984b, p. 3).
3. No presente el abuso sexual en términos excesivamente aterradores. Conviene crear conciencia para que los niños estén alerta ante cualquier insinuación abusiva de los adultos. Pero también necesitan estar seguros de su capacidad para evitar tales situaciones.
4. Explique a fondo la diferencia entre el contacto físico correcto (palmaditas, apretones, abrazos) y el inadecuado que causa confusión o incomodidad. Un ejemplo del segundo tipo de contacto es tocar bajo los calzones o calzoncillos o las áreas cubiertas con el traje de baño. Indique que un niño no debe tocarle esas áreas al adulto aun cuando él diga que es correcto. También conviene explicar los besos incorrectos (un contacto prolongado de los labios o introducir la lengua en la boca).
5. Hágales comprender a los chicos que tienen derechos: el derecho a controlar su cuerpo y a rechazar los contactos físicos que los hagan sentirse incómodos.
6. Anime a los niños a quejarse con alguien si un adulto los toca en una forma inapropiada o si los obligó a realizar algo que les produjo incomodidad. Insista en que no se enfadará con ellos y en que nada les sucederá cuando lo cuenten, aun cuando alguien les haya dicho que se meterán en problemas. Asegúreles que nada de lo ocurrido fue culpa suya y que nadie los acusará. Dígales que lo hablen con muchas personas hasta encontrar a alguien, como usted, que sí les crea.
7. Discuta con los chicos algunas estrategias que los adultos usan para lograr que los niños participen en actividades sexuales. Dígales por ejemplo que confíen en su intuición cuando piensan que algo anda mal, aun cuando un amigo o pariente les diga lo contrario y que va a enseñarles “una cosa útil”. Dado que muchos adultos aplican la estrategia de “éste es nuestro secreto”, recomendamos explicar la diferencia entre un *secreto* (algo que nunca debe decirse a nadie, es decir, algo malo) y una *sorpresa* (una buena idea, porque es algo que se dice más tarde para hacer feliz a alguien).
8. Explique algunas estrategias para alejarse de una situación incómoda o peligrosa. Recuérdele a los niños que es correcto chillar, gritar, correr u obtener ayuda de un amigo o adulto de confianza.
9. Aconseje a los menores que, si un adulto los toca en forma inapropiada, le indiquen claramente que se lo dirán a un adulto responsable. Las entrevistas con quienes cometen abuso sexual revelan que muchos de ellos se habrían abstenido si un niño les hubiera dicho que se quejaría con un adulto determinado (Budin y Johnson, 1989; Daro, 1991).

10. Quizá lo más importante a incorporar en estas estrategias preventivas —particularmente en el caso de los padres de familia— sea el siguiente mensaje: el contacto físico es una experiencia amorosa y placentera, como la descubrirán los niños al crecer y conocer a una persona que les inspire afecto o amor. Si no se habla de los aspectos positivos de la sexualidad, se corre el riesgo de que adopten una idea negativa de este tipo de contacto sexual, sin importar la naturaleza de la relación.

Cuando un niño denuncia

La investigación demuestra que los niños víctimas de abuso sexual no se quejan de inmediato con uno de sus padres u otro adulto, o bien nunca lo hacen (Goodman-Brown y colaboradores, 2003). De hecho muchos no hablan de lo sucedido sino hasta que son adultos, si es que lo hacen (Berliner y Conte, 1995; Goodman-Brown y colaboradores, 2003). “El miedo al castigo y al abandono —así como la sensación de complicidad, culpa y vergüenza— se alían para silenciar al niño e impedirle denunciar el abuso” (Goodman-Brown y colaboradores, 2003, p. 526). En un estudio reciente de 218 niños sexualmente abusados se detectaron varios factores relacionados con la decisión de posponer la denuncia; a saber: 1) miedo a las consecuencias negativas para la víctima y otros; 2) sentirse responsable de lo sucedido; 3) relación con el agresor (niños cuyo victimario era un pariente tardaban más tiempo en quejarse que las víctimas de alguien sin vínculos familiares con ellos), y 4) la edad del ofendido (los chicos mayores, que temían más las consecuencias negativas, tardaban más tiempo en hacer una denuncia) (Goodman-Brown y colaboradores, 2003).

Como dijimos en páginas anteriores, el niño padece muchos efectos negativos del abuso sexual. Su sufrimiento aumenta por el temor a las consecuencias negativas de revelar lo ocurrido y porque duda en hacerlo o no. Más aún, el trauma emocional que experimenta a raíz de la interacción sexual con un adulto se intensifica ante la reacción excesiva de sus padres (Davies, 1995). Cuando le dice a su padre lo sucedido, quizá el menor esté simplemente comunicándole su malestar por algo que no comprende del todo. Si sus progenitores pierden el control, mostrará una actitud negativa: pensará que participó en algo terrible y frecuentemente se sentirá muy culpable de haberlo hecho. Se responsabilizará de lo sucedido aun cuando sus padres no manifesten enfado, porque ellos sienten la culpa por la persona que lo atacó.

Es importante que los padres de familia sean sensibles a los casos de abuso sexual sufridos por su hijo. ¡No deben ignorarlo! Sin perder la calma cuando les hable de ello, han de tomar medidas para que no vuelva a darse solo con el violador. Muchas veces la misma persona comete el abuso una y otra vez; entonces el chico se sentirá obligado y culpable. Habrá que asegurarle que se le protegerá para que este tipo de experiencia no vuelva a suceder. Es probable que él no haya sido la única víctima; por eso se deberá denunciar al agresor ante las autoridades para proteger a los demás menores.

© Jacques Chenet/Woodfin Camp and Associates



Una especialista en abuso infantil se sirve de marionetas para enseñarle a los niños en qué consiste dicho abuso.



Pensamiento crítico

Cuando un niño sufre abuso sexual, ¿qué pasos han de tomarse para atenuar los efectos negativos del hecho?

❖ Acoso u hostigamiento sexual

El **hostigamiento sexual** es un fenómeno generalizado en la sociedad norteamericana, tanto en la industria como en el ámbito militar o académico. Constituye algo más que exigir favores sexuales. También se da cuando las acciones de la gente crean un ambiente laboral hostil o agresivo. A continuación, la experiencia de una mujer.

Hostigamiento sexual

Avances sexuales indeseables, la petición de favores sexuales y otras conductas verbales o físicas de índole erótica en el trabajo o en la escuela.

Fui la primera mujer que contrataron para ese puesto. Me sentía orgullosa de lo que había logrado y esperaba afrontar los retos, pero las cosas fueron mucho más difíciles de lo que había previsto. Me desconcertaban y molestaban las bromas y los comentarios tan soeces que algunos hombres hacían. Todos los días recibía algún correo electrónico ofensivo y mensajes obscenos en el correo de voz. Me quejé con mi jefe; me dijo que lo sentía mucho por mí, pero que yo tenía que ser “parte del equipo” y que ésta era simplemente la forma en que mis colegas me daban la bienvenida al grupo. Quizá no debería enfadarme tanto, sólo que perjudica mi trabajo: me cuesta mucho concentrarme y me dan escalofríos cada vez que escucho los mensajes. (Archivo de los autores.)



Palabras para consultar en InfoTrac

● Hostigamiento sexual



© Paul Conklin/PhotoEdit

La profesora de derecho Anita Hill, quien testificó durante las audiencias en contra de Clarence Thomas —magistrada de la Suprema Corte—, desencadenó un debate a nivel nacional sobre el acoso sexual en el lugar de trabajo.

El hostigamiento sexual recibió una atención sin precedente del público a principios de la década de 1990 a raíz de dos incidentes a los que se dio amplia cobertura en los medios: en uno, la profesora de derecho Anita Hill presentó una denuncia de hostigamiento sexual contra Clarence Thomas, candidata a la Suprema Corte; el otro es el escándalo de Tailhook de la armada estadounidense, en el que los investigadores del Pentágono concluyeron que muchas mujeres habían sido acosadas o violadas por aviadores ebrios. En esta sección definimos y explicamos el hostigamiento sexual, especialmente el que ocurre en el ambiente laboral y académico.

El hostigamiento sexual en el lugar de trabajo está prohibido por el título VII de la *Ley de Derechos Civiles* de 1964. En 1980 la Equal Employment Opportunity Commission (EEOC) emitió normas relativas a este problema. En ellas especificó que tanto el hostigamiento verbal como físico es ilegal:

Los avances sexuales indeseables, la búsqueda de favores sexuales y otros tipos de conducta verbal o física de índole erótica constituyen hostigamiento sexual cuando: 1) el empleo de una persona se condiciona explícita o implícitamente a la aceptación de esa conducta; 2) la aceptación o rechazo sirve de base para tomar decisiones de empleo que la afecten, o 3) la conducta tiene el fin o efecto de interferir de modo irrazonable con el desempeño laboral o de crear un entorno intimidador, hostil u ofensivo. (Equal Employment Opportunity Commission, 1980, pp. 74676-74677.)

Las directrices de la comisión describen dos clases de hostigamiento sexual. Uno, llamado comúnmente *quid pro quo*, se refleja en las dos primeras situaciones que acabamos de citar. En este caso la aceptación de los avances sexuales indeseables es una condición para obtener un empleo, beneficios educativos o un trato favorable en el trabajo o en la escuela (obtener una promoción o calificaciones altas por ejemplo) (Pierce, 1994). El hostigamiento se manifiesta en las represalias que acompañan al rechazo (Charney y Russell, 1994).

La segunda clase de hostigamiento sexual, conocido también como “ambiente hostil u ofensivo”, se describe en la tercera situación de las normas de la EEOC. Es menos claro pero probablemente más frecuente que la variedad del *quid pro quo*. Uno o varios supervisores, compañeros de trabajo, profesores o alumnos realizan conductas persistentes e inapropiadas que convierten el lugar de trabajo o el estudiantil en un ambiente hostil, abusivo y generalmente insoportable. A diferencia del hostigamiento *quid pro quo*, no necesariamente se basa en diferencias de poder o autoridad, pero sí en intentos de defender un estatus y posición, ya que el ingreso de mujeres en sus bastiones de poder y privilegio representa para los hombres una amenaza (Dall’Ara y Maass, 1999).

Los casos en que intervienen ambientes hostiles u ofensivos han sido objeto de mucha controversia acerca de su naturaleza. En esencia, un ambiente hostil es aquel en el que alguien razonable que se halle en circunstancias iguales o similares juzgaría intimidadora, hostil o denigrante una conducta de la persona o personas que lo acosen.

La interpretación anterior se refleja en una decisión en que la Suprema Corte dictaminó por unanimidad lo siguiente: una mujer de Tennessee había sufrido hosti-

gamiento sexual en la forma de un ambiente hostil “que afectaría seriamente la salud psicológica de una persona razonable” (según dictaminó la magistrada Sandra Day O'Connor al escribir para la corte en el juicio *Harris vs Forklift Systems*, 92 U.S. 1168 [1993]). En este caso el jefe de la víctima, el presidente de la compañía: 1) insistió en que le sacara monedas del bolsillo delantero de los pantalones; 2) ridiculizó el tamaño de sus nalgas; 3) la describió como “una mujer taruga” en presencia de otros, y 4) insinuó que había obtenido un gran contrato de ventas concediendo favores sexuales. El abogado del acusado intentó en vano minimizar esas conductas como simples bromas sin la menor intención de ofender. Éste es un caso notable porque no hubo ni chantaje sexual ni contacto físico indeseable. Sin embargo, la conclusión de la Suprema Corte fue que para “una persona razonable”, el habla sexual ofensiva es intimidadora y denigrante.

Tipos e incidencia del hostigamiento sexual en el trabajo

El hostigamiento sexual en el trabajo adopta multitud de formas. Puede empezar con un comentario sobre el sexo; una afirmación sexista; atención indeseable; violaciones del espacio personal; invitaciones hostigantes para salir juntos; palabras denigrantes; miradas lascivas o silbidos maliciosos; lenguaje vulgar y ofensivo; presentación de objetos, materiales o imágenes eróticas que crean un ambiente hostil y tenso. Algunas de las conductas anteriores se hallan en una zona limítrofe porque no todo mundo las considera un verdadero hostigamiento sexual. Sin embargo, adquieren ese matiz si persisten una vez que se pida al impertinente que desista.

He aquí algunas acciones que caen dentro de un nivel intermedio de gravedad del hostigamiento sexual: comentarios gráficos inapropiados sobre el cuerpo o la competencia sexual de alguien, propuestas eróticas no relacionadas directamente con el empleo, abuso verbal de naturaleza sexual y un contacto físico indeseable de índole no sexual. En sus manifestaciones más graves de esta clase de acoso interviene un jefe o supervisor que pide servicios sexuales a alguien a cambio de que no pierda su empleo, o para favorecer una promoción. Otras veces el hostigamiento consiste en un contacto o acción física de índole sexual y —menos frecuentemente— en una agresión sexual.

Prevalencia del hostigamiento sexual en el lugar de trabajo

La cifra anual de denuncias de hostigamiento sexual presentadas ante la Equal Employment Opportunity Commission se duplicó de 5 623 en 1989 a 13 136 en 2004. El porcentaje del total de denuncias presentadas por varones ha venido registrando un incremento de 9.1 en 1992 a 15.1 en 2004 (EEOC, 2006). De acuerdo con los resultados de varias encuestas, el acoso sexual es bastante común en el lugar de trabajo (Birdeau y colaboradores, 2005; Sev'er, 1999; Welsh, 1999). Tal vez los datos más confiables provienen de una encuesta a nivel nacional aplicada a más de 24 000 empleados federales. En esta consulta, que se ajusta a la definición de hostigamiento sexual dada por la EEOC, se obtuvo una tasa de respuestas de 85%. De los más de 20 000 entrevistados, 42% de las mujeres y 15% de los hombres dijeron haber experimentado hostigamiento sexual (U.S. Merit Systems Protection Board, 1981). En los años transcurridos después de realizada la encuesta, los índices aumentaron ligeramente: 44% de las mujeres y 19% de los hombres (U.S. Merit Systems Protection Board, 1996). En otros sondeos los índices relativos a las mujeres que trabajan se incrementaron desde 50% (Gutek, 1985; Loy y Stewart, 1984) a 66% (MacKinnon, 1979). Una encuesta aplicada en 1995 a 90 000 mujeres en el servicio militar activo reveló que por



© Willie Hill, Jr./The Image Works

El acoso sexual produce ansiedad y tensión en el lugar de trabajo.

lo menos la mitad de las entrevistadas en las diversas ramas de la milicia pensaba que había sido víctima de hostigamiento (Fireston y Harris, 1999; Vistica, 1996).

El hostigamiento sexual no se limita a empleos mal remunerados ni a un segmento determinado de la fuerza laboral. Se da en todas las profesiones y niveles. Un ejemplo: hace poco la mujer de más alto rango militar (una generala) presentó una demanda por este delito que fue comprobado por investigadores del ejército (Myers, 2000; Ricks y Suro, 2000). Para algunos se trata de un fenómeno que ocurría sobre todo en la vieja economía con sus valores más tradicionales; no obstante, las demandas de las mujeres que trabajan en modernas compañías de Internet han venido creciendo (Ligos, 2000). Varios estudios también indican un alto índice en el sector salud. En una encuesta a 133 médicos, 73% de las mujeres y 22% de los hombres señalaron haber sufrido hostigamiento durante los años de residencia (Komaromy y colaboradores, 1993). En otros estudios se descubrió que entre 69 y 85% de las enfermeras habían sido acosadas en el trabajo (Valente y Bullough, 2004).

Hostigamiento sexual por personas del mismo sexo en el lugar de trabajo

Con el tiempo esta clase de hostigamiento se ha venido convirtiendo en un problema más serio, lo mismo en el lugar de trabajo que en los tribunales de Estados Unidos. Generalmente a las víctimas les resulta difícil obtener un juicio legal satisfactorio, cualquiera que sea su orientación sexual. Es una situación desafortunada que se debe a dos factores: ausencia de una ley federal que prohíba explícitamente el hostigamiento por personas del mismo sexo; algunos tribunales interpretan en forma rigorista el título VII que prohíbe la discriminación sexual sólo entre hombres y mujeres (Bible, 2006; Landau, 1997). Esta clase de hostigamiento sexual es un tema difícil para los tribunales, de modo que han tomado decisiones contradictorias. Sin embargo, en marzo de 1998 la Suprema Corte revirtió una decisión anterior y estableció que el citado título prohíbe el hostigamiento sexual en el lugar de trabajo en que el acusado y la víctima son del mismo sexo. Con mucha frecuencia los abogados que representan al ofendido se ven obligados a probar que el acoso obró por “interés sexual”. Y probarlo es a veces sumamente difícil, porque la mayoría de los acusados sostienen que son heterosexuales. Más aún, los demandantes homosexuales o lesbianas temen ser “excluidos” o expuestos, y los que son heterosexuales temen que se les crea homosexuales o lesbianas (Gover, 1996). Con todo, sigue aumentando este tipo de demandas. La EEOC dio a conocer un importante incremento en la proporción de hostigamiento sexual por personas del mismo sexo (Bible, 2006; Hunsberger, 2003).

Efectos en las víctimas del hostigamiento sexual en el lugar de trabajo

Esta clase de agresión puede erosionar seriamente el estado financiero de la víctima, su desempeño laboral, sus oportunidades profesionales, su salud psicológica y física, así como sus relaciones personales (Rhode, 1997; Woodzicka y LaFrance, 2005). Las consecuencias económicas de negarse a soportar el hostigamiento resultan graves a veces, especialmente entre personas de un nivel socioeconómico bajo. Muchas víctimas, sobre todo si son el sostén de la familia, no pueden darse el lujo de perder el empleo. A veces les resulta sumamente difícil buscar otro trabajo mientras mantienen el actual. Si las despiden por resistirse al hostigamiento, quizá no consigan la compensación por desempleo; aun cuando la obtengan, probablemente represente una pequeña parte de su ingreso anterior.

En varias encuestas se comprobó que la gran mayoría de los trabajadores víctimas de hostigamiento sexual (entre 75 y 90%) muestra efectos psicológicos negativos: problemas alimentarios, crisis de llanto, pérdida de la autoestima, sentimientos de ira y humillación, vergüenza, nerviosismo, irritabilidad, enajenación, vulnerabili-

dad, indefensión y falta de motivación (Harned y Fitzgerald, 2002; Jorgenson y Wahl, 2000; Sev'er, 1999).

Cómo sortear el hostigamiento sexual en el trabajo

Si el lector se siente acosado en su trabajo, dispone de varias opciones para salir adelante. A continuación, algunas sugerencias que le serán de gran utilidad.

1. Si el hostigamiento incluye violación, intento de violación o agresión sexual, puede presentar cargos criminales en contra del agresor.
2. Si el acoso o intento de violación o agresión sexual cesó, le aconsejamos que confronte a quien esté acosándola. Explíquele con toda claridad que lo que está haciendo es hostigamiento sexual, que no va a tolerarlo y que lo demandará ante las autoridades competentes en caso de que insista. Tal vez prefiera hacer constar por escrito lo que sucedió y su reacción en una carta dirigida al acosador (guarde una copia). En ella incluya los detalles de incidentes previos del asedio, su rechazo absoluto a las insinuaciones y la intención de tomar medidas más serias si no cesan de inmediato.
3. Si el hostigamiento no termina después de hablar personalmente o por escrito con la persona, conviene que exponga el caso a su propio supervisor o al de esa persona.
4. Si ni el que la acosa ni el supervisor hacen algo, tal vez convenga obtener el apoyo de sus compañeros de trabajo. Quizá averigüe que no es la única víctima en la compañía. El hecho de hablar con mujeres y hombres empáticos tal vez ejerza suficiente presión para ponerle fin al hostigamiento. Cerciórese de que cuenta con pruebas contundentes, porque este tipo de acciones pueden dar origen a una demanda por calumnia.
5. Si los intentos de resolver el problema dentro de su empresa fracasan, o si lo despiden, lo bajan de categoría o rechazan sus promociones por quejarse del hostigamiento, puede entablar una demanda ante el municipio o la comisión de derechos humanos de su ciudad o estado, o ante la Fair Employment Practices Agency (el nombre varía de una localidad a otra). Otra opción consiste en pedir a un funcionario de la EEOC que investigue el caso.
6. Por último, tal vez quiera recurrir a una acción legal para resolver el problema. Las demandas pueden presentarse en los tribunales federales conforme a lo establecido en la *Civil Rights Act*. También pueden interponerse bajo las leyes municipales o estatales que prohíben la discriminación en el trabajo. Además, la misma demanda puede presentarse en varias jurisdicciones. La víctima de hostigamiento sexual suele obtener un fallo favorable en los tribunales si trató de resolver el problema en la compañía antes de acudir a esas instancias. Varias decisiones legales, entre ellas una tomada por la Suprema Corte en 2004, indican que el empleador puede defenderse exitosamente si el demandante no buscó una respuesta siguiendo el procedimiento establecido por la empresa para presentar este tipo de quejas (Mink, 2005). ■



Salud sexual

En Estados Unidos las compañías muestran una creciente sensibilidad frente al problema del hostigamiento sexual, en parte por el daño que causa al estado de ánimo y a la productividad, pero también porque los tribunales han otorgado grandes sumas de dinero a la víctima. En 1998 Mitsubishi Motor Company aceptó pagar \$34 millones en compensación a 350 mujeres que supuestamente habían sido acosadas. El título VII imputa responsabilidad a las empresas por el hostigamiento sexual perpetrado por sus empleados, así que muchas han implantado programas para instruir al personal acerca del hostigamiento sexual.

Sin embargo, a pesar de esos programas con que cuentan las empresas y los servicios militares, muchas mujeres no denuncian la agresión (Bruns y Bruns, 2005). Y no lo hacen por muchas razones, entre ellas el deseo de proteger su carrera (Bec-

ker, 2000) y el miedo de que una queja formal sea inútil y a la postre sean evaluadas negativamente (Marin y Guadagno, 1999).

Hostigamiento sexual en ambientes académicos

El hostigamiento sexual también ocurre en ambientes académicos. A menudo los estudiantes de enseñanza superior se encuentran en la desagradable situación de soportar los avances sexuales indeseables de sus profesores. Ambos sexos son vulnerables a este tipo de agresión, pero generalmente los instructores o maestros son quienes acosan a las alumnas (Bingham y Battey, 2005; Kelley y Parsons, 2000).

El hostigamiento sexual en medios académicos difiere un poco del que se registra en el lugar de trabajo. Ante todo, al enfrentar tales insinuaciones, un estudiante tiene la opción de seleccionar a otro instructor o consejero. En cambio, los empleados disponen de menos opciones que les permitan evitar el hostigamiento o escapar de él mientras siguen laborando. Los estudiantes experimentan una fuerte presión por la necesidad de conseguir buenas calificaciones, una carta de recomendación, un buen empleo o la oportunidad de realizar investigaciones. El hostigamiento sexual que sufren puede mermar el desempeño escolar, alterar o frustrar una carrera académica, y ocasionar síntomas físicos y psicológicos similares a los de las víctimas de acoso en el trabajo (Bingham y Battey, 2005; Bruns y Bruns, 2005).

Los estudiantes tienden a ser más ingenuos en lo tocante a las consecuencias de las relaciones sexuales con alguien importante para proseguir exitosamente su educación o una carrera. Su ingenuidad y admiración por el prestigio y el poder facilita que sean explotados. Por otra parte, se sabe que una joven “podría preguntarse si sus logros académicos se deben a su capacidad personal o al interés de un profesor por ella” (Satterfield y Muehlenhard, 1990, p. 1).

En Estados Unidos un número cada día mayor de colegios y universidades cuenta con políticas que prohíben a los profesores salir con las alumnas (Bruns y Bruns, 2005). La controversia referente al romance entre profesor y estudiantes, junto con la decisión de prohibirlo, se origina principalmente en la suposición de que muchas de esas relaciones tal vez parezcan voluntarias cuando en realidad no lo son. Más bien el poder de profesores y consejeros para decidir el futuro de los alumnos mediante calificaciones y recomendaciones los presiona para que accedan con tal de proteger su lugar en el grupo o sus perspectivas futuras (Begley, 1993).

El hostigamiento sexual también ocurre en las escuelas de enseñanza media superior e incluso en las secundarias. En 1992 la Suprema Corte estableció que los distritos escolares son responsables del ambiente sexual hostil creado por sus empleados y que pueden ser demandados por daños y perjuicios. Sin embargo, la Suprema Corte todavía no extiende dicha responsabilidad al hostigamiento perpetrado por compañeros de clase. Muchos tribunales de distrito permiten a los alumnos demandar a sus compañeros por hostigamiento conforme a lo estipulado en el título ix, una ley de derechos civiles promulgada en 1972 que prohíbe a las escuelas financiadas por el gobierno federal negar oportunidades a los estudiantes por su sexo (Scher, 1997). Por su parte, el U.S. Department of Education publicó un manual de normas referentes al hostigamiento sexual por condiscípulos, donde se especifica claramente que si una escuela no toma medidas para remediar esta forma de hostigamiento, podría perder los fondos federales (Scher, 1997).

Prevalencia del hostigamiento sexual en los ambientes académicos

¿Con qué frecuencia se realiza el hostigamiento sexual en las escuelas? Una encuesta aplicada en planteles de enseñanza media superior de California reveló que aproximadamente 50% de las entrevistadas dijo haberlo sufrido (Roscoe y colaboradores, 1994). En otra encuesta aplicada a más de 1 000 adolescentes canadienses del 7 al 12 grado se descubrió que más de 23% de ellas había sufrido por lo menos un hostiga-

miento sexual en los seis meses anteriores (Bagley y colaboradores, 1997). Un análisis de las investigaciones revela lo siguiente: la frecuencia en esas escuelas, sobre todo del hostigamiento de compañeros de clases, es muy elevada, pues en varios estudios oscila entre 37 y 87% (Terrance y colaboradores, 2004). El acoso sexual tanto en las escuelas de enseñanza media superior como en las de enseñanza superior es objeto de mucha atención por parte de los funcionarios académicos, en parte porque recientemente la Suprema Corte emitió dos dictámenes: las instituciones educativas son responsables por negligencia en relación con las quejas por esa conducta (Terrance y colaboradores, 2004; Ramson, 2006).

En una encuesta a poblaciones de enseñanza media superior, entre 20 y 40% de las mujeres de pregrado y entre 30 y 50% de las graduadas habían sido objeto de hostigamiento sexual una o más veces en el plantel (Birdeau y colaboradores, 2005; Bruns y Bruns, 2005; Ramson, 2006). Como la mayor parte de las encuestas a este tipo de poblaciones incluye alumnas exclusivamente, disponemos de menos información respecto del acoso sufrido por los varones. Sin embargo, la investigación muestra que entre 9 y 29% de los estudiantes de pregrado también lo han padecido (Kalof y colaboradores, 2001; Sundt, 1994). El número de hombres víctimas de hostigamiento sexual puede ser incluso más alto, como lo indicó una encuesta reciente por Internet a más de 2 000 estudiantes de enseñanza media superior de 18 a 24 años: casi dos terceras partes de los entrevistados y entrevistadas dijeron haberlo sufrido en el campus (Cohen, 2006).

Cómo sortear el hostigamiento sexual en un campus

¿Qué hacer si alguien sufre acoso sexual en el campus? Para evitarlo o escapar de él, algunos estudiantes abandonan una clase, cambian de consejero escolar e incluso desertan de la escuela. Nosotros aconsejamos denunciar el hecho para ponerle fin y aminorar las probabilidades de que otros sean hostigados por el mismo individuo (a menudo no tiene una sino varias víctimas). Quizá usted quiera hablar con el supervisor o decano de ese individuo. Si no queda satisfecho con la respuesta, póngase en contacto con un funcionario o departamento del campus encargado de tratar todo lo concerniente a derechos civiles o medidas antidiscriminatorias. Aunque quizá le preocupen sus calificaciones o la pérdida de su puesto, las normas federales prohíben discriminar a quienes de buena fe presentan una queja legítima por hostigamiento sexual. Más aún, si un profesor es culpable, generalmente será sometido a vigilancia estrecha y es muy probable que deje de molestar. ■



Salud sexual

R E S U M E N

Violación

- La definición legal de la violación varía de un estado a otro, pero según la mayoría de las leyes, es la interacción sexual que ocurre bajo una compulsión o amenaza que vence la resistencia de la víctima.
- Aunque los datos señalan definitivamente que la violación es un fenómeno generalizado, resulta difícil obtener estadísticas exactas sobre el número de violaciones y víctimas en Estados Unidos.
- Muchas ideas falsas referentes a la violación tienden a señalar que la víctima es responsable y excusan al agresor.
- La violación es a menudo un producto de los procesos de socialización que se dan en algunas sociedades con cierta clase de tendencias, donde se glorifica la violencia masculina, se enseña a los niños a portarse agresivamente y se menosprecia el papel de la mujer en los aspectos económicos y políticos de la vida.
- En la sociedad norteamericana los hombres adquieren actitudes negativas hacia la mujer que, al combinarse con la

idea de que “la fuerza da derechos”, sientan las bases culturales de la violación y otras modalidades de la coerción sexual.

- La exposición a medios que ensalzan la violencia sexual favorece actitudes más permisivas ante la violación, disminuye la sensibilidad ante su crudeza y quizá hasta aumente la propensión de los varones a comportarse agresivamente con la mujer.
- El violador no tiene una personalidad ni patrones de conducta bien definidos; por el contrario, existe una amplia gama de diferencias individuales.
- Los violadores encarcelados tienen una fuerte proclividad a la violencia. Los hombres que asumen los papeles sexuales tradicionales están más propensos a la violación que aquellos que no los adoptan.
- La ira contra las mujeres es una actitud dominante entre algunos violadores. A veces se observa en ellos egocentrismo o una personalidad narcisista que los hace insensibles ante los sentimientos de sus víctimas.
- Más de 50% de las mujeres agredidas asegura que la primera violación ocurrió antes de cumplir 18 años de edad.
- En la mayoría de los casos el violador es un conocido de la víctima.
- La coerción sexual en las citas es frecuente. Hombres y mujeres la sufren, pero éstas están más propensas a ser sometidas físicamente, contra su voluntad, a una actividad sexual no deseada.
- Para facilitar la conquista sexual o incapacitar a la pareja, los agresores sin escrúpulos usan varias drogas.
- A lo largo de la historia la violación ha sido una estrategia de guerra. Además de utilizarse para humillar y controlar a las mujeres, la violación en tiempos bélicos tiene por objeto destruir los vínculos familiares y sociales.
- Los sobrevivientes de violación a menudo presentan problemas físicos y psicológicos que pueden dar origen al trastorno de estrés postraumático.
- Las víctimas de violación a menudo descubren que el trauma causado por la agresión disminuye con una consejería de apoyo, ya sea individual o en grupo.
- Aunque la gran mayoría de las víctimas son mujeres, la investigación indica que hasta 3% de los hombres norteamericanos ha sido violado alguna vez.
- Los hombres que han padecido agresiones sexuales a menudo resienten consecuencias negativas a largo plazo semejantes a las que se observan entre las mujeres victimadas sexualmente.

Abuso sexual contra los niños

- El abuso infantil es el contacto sexual entre un adulto y un niño. Se acostumbra distinguir dos tipos: el abuso cometido contra un menor no pariente —llamado pedofilia— y el incesto, que designa el contacto sexual entre un adulto y un niño de la familia.
- La mayoría de los agresores son hombres parientes, amigos o vecinos de la víctima.
- No hay un perfil clásico del pedófilo, salvo que es heterosexual y conocido de la víctima. Los que son procesados suelen ser tímidos, solitarios, conservadores e incluso moralistas o religiosos. A menudo les cuesta mucho trabajo relacionarse con otros adultos y tienden a sentirse inadecuados o inferiores.

- Algunos de los pedófilos fueron sexualmente victimizados durante su niñez.
- Es difícil calcular la frecuencia del incesto y de la pedofilia en la sociedad norteamericana. Las estimaciones de niñas sexualmente victimizadas fluctúa entre 20 y 33%, mientras que las estimaciones oscilan entre 9 y 16% en el caso de los niños.
- La investigación indica que el número de menores violados en Estados Unidos posiblemente sea mucho mayor que el registrado oficialmente.
- Existe una gran controversia sobre la posibilidad de reprimir los recuerdos de abuso sexual y luego recordarlos en forma gradual o repentina tras el contacto con ciertos estímulos desencadenadores.
- La pedofilia cibernética es una práctica generalizada; a los padres incumbe fundamentalmente la responsabilidad de proteger a los niños cuando no se disponga de otros medios eficaces.
- El abuso sexual infantil es una experiencia traumática capaz de causar un gran daño psicológico; produce consecuencias negativas a largo plazo.
- Con mucha frecuencia los sobrevivientes de la violación pierden la inocencia de la niñez, se altera su desarrollo sexual normal y se sienten traicionados. Otros efectos negativos: poca autoestima y dificultad para establecer relaciones sexuales y emocionales satisfactorias en la edad adulta.
- Se cuenta con varios programas de tratamiento para las víctimas, desde la terapia individual hasta las técnicas dirigidas a grupos y parejas.
- Es importante hablar con los niños para que aprendan a protegerse contra el abuso sexual. Necesitan conocer la diferencia entre el contacto físico correcto o incorrecto, que tienen derechos, que pueden denunciar el abuso sin miedo a ser culpados y las estrategias para escapar de situaciones incómodas.

Acoso u hostigamiento sexual

- El hostigamiento sexual en el lugar de trabajo o en los ambientes académicos es una atención sexual indeseable de alguien que crea malestar o que interfiere con el trabajo o educación de la víctima.
- Las normas establecidas por la Equal Employment Opportunity Commission describen esencialmente dos clases de hostigamiento sexual. En la primera clase —*quid pro quo*— un empleado o estudiante piensa que el rechazo de los avances sexuales perjudicará su carrera o su posición en la escuela. En la segunda clase, las acciones de supervisores, compañeros de trabajo, profesores o condiscípulos convierten el lugar laboral o la escuela en un “ambiente hostil u ofensivo”.
- El título VII de la *Civil Rights Act* de 1964 prohíbe el hostigamiento sexual. La empresa puede ser responsable por estas acciones coercitivas de sus empleados.
- Las estimaciones del porcentaje de mujeres que sufren hostigamiento sexual en el trabajo fluctúa entre 44 y 88. Un porcentaje comparable es de aproximadamente 19 en el caso de los hombres.
- Pese a la mayor atención al problema del hostigamiento sexual por personas del mismo sexo, las víctimas difícilmente logran que los tribunales de Estados Unidos emitan una sentencia favorable.

- A veces el acoso sexual produce varios efectos negativos de carácter financiero, físico o psicológico.
- El hostigamiento también se da en las escuelas. Por lo regular, el agresor es un profesor o instructor que molesta a las estudiantes.
- Las encuestas indican que entre 20 y 40% de las estudiantes de pregrado, entre 30 y 50% de las mujeres de posgrado y entre 9 y 29% de los alumnos de pregrado han sufrido hostigamiento sexual.

📖 Lecturas recomendadas

Francis, Leslie Pickering (2000). *Sexual Harassment as an Ethical Issue in Academic Life*. Walnut Creek, CA: Rowman y Littlefield. Exposición de varios temas relacionados con el hostigamiento sexual en los medios académicos; entre otras cosas se abordan las cuestiones filosóficas, legales y éticas relacionadas con los esfuerzos por regular y reducir al mínimo esta conducta en los campus.

Francke, Linda Bird (1997). *Ground Zero: The Gender Wars in the Military*. Nueva York: Simon y Schuster. Una descripción sobria de cómo las mujeres en el ejército son sometidas a un trato discriminatorio y denigrante; por ejemplo, el hostigamiento sexual y la violación.

Gold, Jodi, y Susan Villari (eds.) (2000). *Just Sex: Students Rewrite the Rules on sex, Violence, Equality and Activism*. Walnut Creek, CA: Rowman y Littlefield. Una reveladora recopilación de los escritos de estudiantes activistas y de jóvenes eruditos que forman parte del movimiento estudiantil cuyo objetivo es poner fin a la violencia sexual y modificar el entorno de los campus en Estados Unidos.

Maltz, Wendy (2001). *The Sexual Healing Journey*. Nueva York: Harper Collins. Excelente libro que ayuda a los sobrevivientes de abuso sexual y a su pareja a conocer sus efectos y a sobreponerse.

Parrot, Andrea, y Laurie Bechhofer (eds.) (1991). *Acquaintance Rape: The Hidden Crime*. Nueva York: Wiley. Magnífico libro que ofrece un análisis profundo de la naturaleza y frecuencia de la violación por conocidos, junto con sugerencias valiosas para su tratamiento y prevención.

Sanday, Peggy Reeves (1996). *A Woman Scorned: Acquaintance Rape on Trail*. Nueva York: Doubleday. Obra de gran calidad escrita por una eminente antropóloga que ha realizado muchas investigaciones transculturales sobre la violación. Analiza varios juicios entablados por este delito (entre ellos el del boxeador Mike Tyson) y describe las tradiciones culturales que han hecho de Estados Unidos una sociedad "propensa a la violación".

Salter, Anna (2003). *Predators: Pedophiles, Rapists & Other Sex Offenders: Who They Are, How They Operate, and How We Can Protect Ourselves and Our Children*. Nueva York: Basic Books. Un libro informativo y con una sólida base de investigación, escrito por una reconocida psicoterapeuta. Proporciona abundante información acerca de los depredadores sexuales, gran parte de ella basada en entrevistas exhaustivas con transgresores.

Scarce, Michael (1997). *Male on Male Rape: The Hidden Toll of Stigma and Shame*. Nueva York: Insight Books. Libro de lectura obligatoria escrito por un experto en prevención de la violación y un sobreviviente de tal violencia. Analiza el impacto que a veces la violación por una persona del mismo sexo tiene en la víctima y en la sociedad en general.

📌 Recursos

Centros de crisis de violación. Se incluyen en el directorio telefónico de muchas ciudades de Estados Unidos. Las víctimas pueden telefonar a Rape, Abuse and Incest National Network (RAINN) (1-800-656-HOPE), una organización con sede en Washington, DC, que ayuda a conectarse con los centros.

🌐 Recursos en la Web

Sitio web CengageLearning

Visite www.cengage.com/highered para enlazarse con diversos recursos, como preguntas de repaso, actividades interactivas, vínculos con Internet, ejercicios de pensamiento crítico, foros de discusión y muchos otros servicios. También puede acceder a los sitios desde el Wadsworth Psychology Study Center (<http://psychology.wadsworth.com>) o conectarse directamente a los siguientes sitios:

Nota. Tenga en cuenta que este material es independiente del libro y que las páginas que lo contienen pueden ser modificadas o eliminadas sin previo aviso.

Red Nacional de Violación, Abuso e Incesto

Organización no lucrativa que ofrece noticias, una lista local de centros de crisis y estadísticas sobre incidentes de violación e incesto.

Página informativa sobre el asalto sexual

Contiene *links* relacionados con la agresión sexual, incluyendo violación, abuso sexual infantil e incesto. También brinda información sobre centros de crisis, consejería y grupos de apoyo, así como recursos de universidades de Estados Unidos. Uno de los tópicos interesantes que aborda es el caso del Rohypnol, la denominada *droga para violar a la novia*.

Centro Nacional de Información sobre el Maltrato y Abandono Infantil

Sitio web de invaluable apoyo al bienestar de los niños. Cuenta con registros sobre abuso sexual infantil, estadísticas, leyes estatales y bases de datos.

Información sobre acoso y hostigamiento sexual

Esta página web permite la exploración interactiva de tópicos sobre acoso sexual. No sólo invita a los visitantes a conocer pormenores de este delito, sino a aplicar sus conceptos a situaciones cotidianas y evaluar los propios comportamientos al respecto. Incluye información sobre las leyes estatales y ejemplos de casos legales en torno a este tema.

Lista de recursos en línea sobre abuso sexual de la Feminist Majority Foundation

Sitio web con anuncios y otros recursos de apoyo, como líneas de emergencia estatales, para víctimas de acoso sexual.

Tres sitios de Internet que ofrecen seguridad

Guía de Padres para Internet Seguro

Ofrece información de gran relevancia para las familias que desean conocer más sobre la seguridad en Internet.

Academia Americana de Pediatría

Puede encontrar en esta página el *link* "Internet y su familia", un espacio con información importante sobre la seguridad para niños en la Web.

Get Net Wise

Este sitio constituye un esfuerzo conjunto de diversas organizaciones públicas y corporaciones de Internet interesadas en ofrecer estrategias de seguridad en la Web para diferentes edades y tipos de actividad.



Sitio web de apoyo a la obra en inglés

Visite el sitio web de la obra (*Our Sexuality Book Companion Website*) en

<http://latinoamerica.cengage.com/crooks> y elija la décima edición de este libro. Haga clic en "Apoyo electrónico para el estudiante". Allí encontrará herramientas que le ayudarán a aprovechar al máximo su tiempo de estudio: encuestas de actitud, crucigramas, temas de ensayo, tarjetas mnemotécnicas de los principales conceptos y sus definiciones, un glosario general, preguntas de opción múltiple y falso-verdadero, vínculos con sitios web sobre temas relacionados con cada capítulo, bibliografía general y un examen final. Asimismo, encontrará un vínculo para comprar el acceso a más material suplementario en línea: CengageNow.



CengageNow ¡Exactamente lo que necesita saber AHORA!

Dedique tiempo a lo que necesita dominar, no a la información que ya aprendió. CengageNow es un paquete de recursos electrónicos que le ayudará en su aprendizaje. Realice una prueba preliminar del capítulo, y CengageNow generará un plan personalizado de estudio a partir de sus resultados. El plan identificará los temas que debe repasar y lo dirigirá a los recursos en línea que le servirán para dominarlos. Después efectuará una prueba para determinar los conceptos que ya aprendió y aquellos en los que todavía debe trabajar. Visite el sitio www.cengage.com/login si ya tiene su código de acceso. Si no cuenta con él, siga el vínculo *Buy Now*. Escriba *Our Sexuality* en el campo de título. Elija la décima edición de este libro. Haga clic sobre la opción *CengageNow*. Se desplegará una solicitud de acceso y los precios en dólares americanos.



Biblioteca en línea InfoTrac College Edition

Investigue si su institución cuenta con un convenio de uso de InfoTrac, una de las mejores y más vastas bibliotecas en línea del mundo en el ámbito educativo. Conéctese a www.cengage.com/login para acceder a InfoTrac College Edition, biblioteca de consulta en línea que contiene multitud de revistas, muchas exclusivamente sobre la sexualidad humana: *Archives of Sexual Behavior*; *Archives of Sexual Health Behavior*; *Canadian Journal of Human Sexuality*; *Hispanic Journal of the Behavioral Sciences*; *Journal of Cross-Cultural Psychology*; *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*; *Journal of Sex Research* y *Sex Roles*.

Sexo a la venta



► Pornografía

¿Cómo se define la pornografía y cuántos tipos hay?

¿Qué avances tecnológicos desde la Edad Media han hecho la pornografía más accesible a la población en general?

¿De qué manera se ha utilizado la pornografía en la crítica social?

¿Cómo se determinan la obscenidad y la indecencia?

¿En qué se centra actualmente la controversia referente a la censura/libertad de expresión?

¿Qué argumentos pueden aportarse en favor de la pornografía como un elemento que ayuda o perjudica tanto al individuo como a las parejas?

¿Qué elementos indican una “pornificación” de la cultura masiva?

► Prostitución y sexoservicio

¿Cuáles son los tipos de prostitución masculina y femenina, y de sexoservicio?

¿Qué clases de localidades visitan las turistas sexuales?

¿Qué porcentaje de personas ingresan a la industria de la prostitución antes de cumplir 18 años?

¿Cuál es la causa principal por la que alguien se dedica a la prostitución?

¿Cuáles son los síntomas del trastorno de estrés postraumático?

¿Ha sido Estados Unidos un líder en los esfuerzos internacionales contra el tráfico de mujeres y niños?

¿Cuáles son las ventajas y desventajas de descriminalizar, legalizar y despenalizar la prostitución?

Para mí la pornografía son las revistas y películas obscenas que ven los viejos perversos. La pornografía no tiene ningún aspecto positivo para mí, no me sirve para nada. Me encantan las mujeres desnudas en persona y en la cama, pero las revistas y películas provocan una excitación inútil. La pornografía denigra a la mujer y despierta en los jóvenes ideas equivocadas acerca de ella. (Archivo de los autores.)

Me he dado cuenta de que cuando veo material pornográfico junto con mi pareja me excito muchísimo y me dejo llevar por mi sexualidad. En una ocasión me excité tanto que tomé el control de la noche y lo obligué a hacer todo cuanto yo quería: agresivo, dominante o sensible. Ensayamos varios lugares del cuarto: la mesa de café, una silla y el sofá. Nos fatigamos tanto que nos dormimos desnudos en el piso, con los cuerpos entrelazados, abrazados. Estoy convencida de que a mi pareja y a mí nos ha beneficiado mucho incluir la pornografía al hacer el sexo. Nos sentimos cómodos, realizados y enamorados sabiendo que el sexo es bueno. (Archivo de los autores.)

A lo largo del libro hemos explorado muchos aspectos de la sexualidad —desde la biología y la conducta hasta los problemas sexuales y su tratamiento—. Un tema que todavía no abordamos es el sexo como negocio, o sea, el intercambio de dinero por la estimulación sexual. Como veremos en este capítulo, el sexo en el mercado es un tema muy debatido. En las páginas siguientes examinaremos a fondo la pornografía y el trabajo sexual. Exploraremos algunas cuestiones sociales y legales en derredor de estas actividades. Primero vamos a tratar la pornografía.

► Pornografía

Pornografía Material sexual explícito (imágenes o textos por ejemplo) cuyo fin es producir excitación erótica.

El término **pornografía** designa cualquier material escrito, visual o hablado en el cual se describe una actividad sexual o se exhiben los genitales con el fin de causar una excitación erótica. La pornografía es dura cuando se muestran imágenes explícitas de los genitales; es suave cuando no se muestran. Podemos dividirla en otras dos categorías. La *pornografía degradante*, que despersonaliza y denigra a los participantes; los estereotipos raciales que aparecen en la pornografía interracial son una forma de degradación (Cowan y Campbell, 1994). La *pornografía violenta*, que incluye agresión y brutalidad; la violencia se traduce en violación, golpizas, desmembramiento e inclusive asesinato. Las fantasías violentas y de maltrato son comunes en las salas de *chateo*; se pueden encontrar en ellas, fácilmente, títulos como “Tortura de las mujeres” o “Hija que golpea a su padre” (Michaels, 1997). De hecho, en un trabajo de investigación se compararon revistas, videos y grupos de noticias pornográficos por Internet. ¿El resultado? Estos últimos incluían mucho más violencia sexual que los otros dos medios masivos (Barron y Kimmel, 2000).



Palabras para consultar en InfoTrac

● Pornografía

Erótica

Erótica Descripciones respetuosas y afectuosas de la sexualidad.

Erótica es un subtipo de material sexualmente explícito. Puede ser duro o suave, pero siempre constituye un tipo especial de pornografía, sin importar cuán explícita sea. La palabra *erótica* proviene del griego *eros*, “amor apasionado” (Steinem, 1998). “Describe la sexualidad que expresa reciprocidad, respeto, afecto y un equilibrio de poder” (Stock, 1985, p. 13). A medida que más mujeres intervienen en la creación de esta clase de productos, se percibe mejor la igualdad entre los sexos (Klinger, 2003; Milne 2005). Por ejemplo, las películas para adultos de Femme Productions ponen de relieve la sensualidad de las mujeres, lo mismo que su placer y asertividad. Otras películas como *Nina Hartley’s*



Palabras para consultar en InfoTrac

● Erótica

Guide to Better Cunnilingus y *The Sluts and Goddesses Video Workshop* promueven el desarrollo y la expresión del deseo de las mujeres y su excitación.

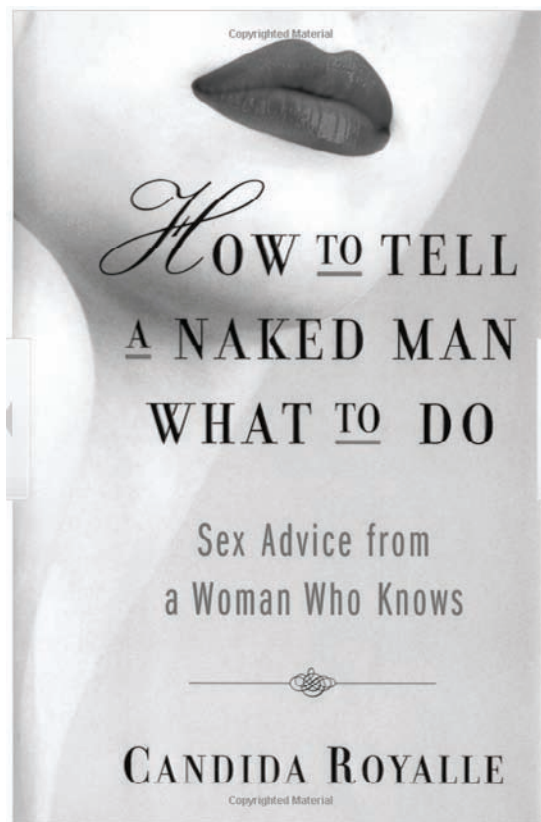
¿Atrae erótica únicamente a las mujeres? No, según la encuesta aplicada a estudiantes de enseñanza media superior. Sujetos de 21 años de edad como mínimo vieron cuatro segmentos de video con diversas combinaciones de expresiones muy intensas o poco intensas de amor y afecto, junto con escenas fuertes o moderadas sexualmente explícitas (material muy o poco pornográfico). Se descubrió que tanto los hombres como las mujeres clasificaron como más erótico el video que era a la vez sumamente romántico —reflejaba amor y afecto— y extremadamente explícito en lo sexual. A juicio de los investigadores, los resultados indican que los hombres y las mujeres con estudios superiores integran el amor y el afecto a la excitación sexual (Quackenbush y colaboradores, 1995). En otra encuesta se entrevistó a 150 hombres en Estados Unidos, Canadá y Europa. Se comprobó que disfrutaban más la pornografía cuando participaban hombres y mujeres o cuando ellos eran objeto de mujeres sexualmente seguras. Los que disfrutaban ver el material recalcaron la importancia de que éstas mostraran sentir un placer genuino (Loftus, 2002).

En esta misma perspectiva, Constance Penley, profesora universitaria que imparte un curso de pornografía, está convencida de esto: el tema recurrente de la pornografía popular es el “deseo utópico de un mundo donde la mujer no se vea obligada a decir y creer que no le agrada el sexo tanto como a los varones” (1996, p. 18). El autor de *Sex, Time and Power*, Leonard Shlain, va más allá al señalar: “La pornografía desaparecería mañana mismo si las mujeres estuvieran tan ansiosas de tener sexo y se comportaran tan indiscriminadamente como los hombres en este ámbito” (Shlain, 2003, p. 352).

Variaciones de las películas pornográficas para heterosexuales, homosexuales y lesbianas

Las películas con sexo explícito producidas para heterosexuales, homosexuales o lesbianas se diferencian en algunas características generales. Gran parte de la pornografía para heterosexuales se basa en una forma de acercamiento a varias posiciones del coito, así como del sexo oral y anal. Con frecuencia se incluye a dos mujeres haciendo el amor, tríos y sexo en grupo. Las mujeres aparecen como participantes deseosas y su cuerpo constituye el centro de la película. En general las estrellas tienen cuerpos esbeltos estereotipados, con implantes que les agrandan los senos. Rara vez se muestra el erotismo del cuerpo masculino, y los actores tienen a lo mucho una figura ordinaria. La esencia de la pornografía de los heterosexuales se caracteriza por acercamientos del hombre mientras eyacula fuera de la vagina o en la boca de la mujer (Paul, 2006).

El tamaño de la industria pornográfica para homosexuales se asemeja al de la industria destinada a los heterosexuales, con materiales que abarcan desde los producidos a bajo costo, hasta los de buena calidad. Los actores son hombres de buena presencia, musculosos y guapos. La pornografía se concentra en el cuerpo masculino y en una lujuria incontrolada, agresiva o tierna. Los subgéneros incluyen una mayor variación del somatotipo. Por ejemplo, la pornografía de *tipo oso* presenta a hombres con vello abundante (Blue, 2003).



Candida Royalle empezó a producir videos pornográficos destinados a mujeres y a parejas en la década de 1980. *Stud Hunters* ofrece una mirada festiva a la industria del entretenimiento para adultos.



On Our Backs, una revista para lesbianas, abrió brecha en material sexual explícito y en “excentricidades” cuando en 1984 llegó por primera vez a los estantes.

Se produce una cantidad menor de películas para lesbianas; suelen tener un presupuesto bajo y menor calidad que las filmadas para heterosexuales y homosexuales. Casi siempre aparecen amantes de la vida real. Exhiben una interacción diversa y poderosa, no una actuación para los espectadores. Muestran un estilo diferente de belleza y de sexo: gran variedad de somatotipos, de estilos femeninos y de marimachos. La trama se ve opacada ante la representación de papeles, el vestuario y los juguetes sexuales. A menudo se incluyen métodos de sexo seguro en la actividad sexual (Blue, 2003).

A cada quien lo suyo

La pornografía para heterosexuales, homosexuales y lesbianas es una categoría general que todavía no ha empezado a incluir la enorme riqueza de temas de la sexualidad explícita. La pornografía especializada “es un testimonio poderosísimo de la infinita diversidad de la imaginación humana” (Hanus, 2006, p. 59). Atiende la abundante gama de aspectos como *bondage* (esclavitud) y castigo, sadomasoquismo, fetichismo, transgénero, embarazo, anciano/maduro, lo interracial, orgías, rasuramiento del vello púbico, animación pornográfica de los japoneses y casi cualquier otro tópico imaginable (Blue, 2003; Hongo, 2006).

Las categorías que acabamos de citar son un modelo útil para conceptualizar algunos tipos de material sexual explícito, pero es preciso recalcar que en la vida real las reacciones humanas ofrecen mayor variación que cualquier categoría específica. “Lo que para uno es pornografía, para otro será erótica, y lo que para una persona es erótica, puede provocarle náuseas a otra” (Kipnis, 1996, p. 64). Y lo que en un contexto puede ser inofensivo (una pareja que utilice un video erótico con el fin de explorar varias formas de hacer el amor), quizá no lo sea en otro contexto (un niño encuentra el video y se pone a verlo).

Pornografía infantil

En Estados Unidos la producción, venta y distribución de imágenes sexuales de niños menores de 18 años son ilegales conforme a muchas leyes federales y estatales. Las federales también prohíben la venta y distribución de imágenes de mujeres adultas fingiendo ser menores de 18 años. La pornografía infantil es perseguida de oficio por el procurador general de Justicia y no se incluye en la protección con que la *Primera Enmienda* salvaguarda la libertad de expresión.

Internet ofrece a los pornógrafos infantiles acceso fácil a una gran cantidad de material ilegal. La pornografía infantil constituye una industria de 20 000 millones de dólares anuales que continúa creciendo por todo el mundo. Los depredadores sexuales consiguen a sus víctimas entre niños hasta de 18 meses de edad; luego los usan para explotarlos sexualmente en tiempo real (Brockman, 2006). Las operaciones contra este tipo de estafa son a veces muy exitosas; así se han conseguido numerosos arrestos. La prevención es sumamente importante; Technology Coalition, formada por compañías en línea, está diseñando e implementando soluciones para evitar que los depredadores utilicen Internet en la pornografía infantil.

En los últimos años, especialmente desde que las *webcams* llegaron al mercado a un precio accesible, los menores de edad venden imágenes sexualmente explícitas de su persona. Un escandaloso caso de pornografía por Internet estalló en 2005 cuando

El público puede denunciar la pornografía infantil al National Center for Missing and Exploited Children en www.cybertipline.com o bien marcando el teléfono 1-800-843-5678.

un adolescente, Justin Berry, que se hacía llamar “prostituto en *webcam*”, decidió cooperar con las autoridades. A los 13 años había iniciado su negocio ofreciendo imágenes y escenas *webcam* en tiempo real mientras se cambiaba de ropa, se duchaba, se masturbaba o tenía relaciones sexuales. Tenía 19 años cuando proporcionó al FBI y al Departamento de Justicia los nombres y el número de las tarjetas de crédito de más de 1 500 clientes, todos acusados de delitos graves. La mayoría de ellos eran médicos, abogados, hombres de negocios y profesores. Muchos trabajaban con niños diariamente. Los sitios de mercadotecnia para las conexiones *webcam* de adolescentes también están expuestos a este tipo de acusaciones por vender y distribuir pornografía infantil; muchos se vieron obligados a cerrar después de hacerse público este caso (Eichenwald, 2005).

El acceso a material sexual explícito ha registrado un crecimiento exponencial en Internet. Sin embargo, como veremos en la siguiente sección, a lo largo de la historia los avances de la tecnología han ampliado el acceso y disminuido el control de los materiales sexuales por parte del Estado o de la jerarquía eclesiástica.

Reseña histórica

La representación gráfica y escrita de la sexualidad no es un invento moderno, pues en los dibujos prehistóricos de las cavernas encontramos imágenes de la actividad sexual. En el *Kama Sutra* manual erótico de la antigua India, que se remonta a unos 400 años de la era moderna, se resume la filosofía de la sexualidad y la espiritualidad con la descripción de determinadas técnicas sexuales. Son verdaderas obras de arte las representaciones gráficas del coito en las pinturas japonesas de *schunga*, así como en los grabados en madera de los siglos XVII y XVIII. Los antiguos griegos y romanos se sirvieron ampliamente de temas eróticos para decorar utensilios domésticos y lugares públicos.

Con el advenimiento del cristianismo y la caída del Imperio Romano, la Iglesia católica se convirtió en la autoridad central más importante de Occidente. Durante la Edad Media controlaba la producción de la palabra impresa y de las obras de arte, a fin de reflejar sus actitudes restrictivas ante la sexualidad. Por aquella época los monjes escribían manuales, y la riqueza de la Iglesia le permitía encargar la mayor parte de las piezas de arte. Cuando en 1450 Johannes Gutenberg inventó los tipos metálicos móviles en Europa, terminó el monopolio eclesiástico sobre la palabra escrita (Lane, 2000). Tras las primeras impresiones de la *Biblia*, algunos tipógrafos empezaron a producir en gran escala relatos pornográficos, que tienen el mérito de haber alfabetizado a las masas. En la década de 1550 se liberaron de la influencia de la Iglesia, al grado de que el papa Pablo IV estableció el primer índice de libros prohibidos (Lane, 2000).

La siguiente tecnología que permitió expandir la pornografía fue la fotografía, inventada antes de la Guerra de Secesión. Gracias a ella las fotos eróticas fueron proliferando tanto, que el Congreso de Estados Unidos aprobó la primera ley que prohibía enviar obscenidades por correo (P. Johnson, 1998). A mediados del siglo XIX apareció “literatura explícita con recomendaciones”, aumentó muchísimo la producción de novelas pornográficas baratas y se publicó la famosa novela inglesa *Fanny Hill*. Todo ello impulsó a los líderes civiles a establecer leyes en contra de la



© Mimmo Jodice/corbis

Esta pintura, en un sepulcro griego, de dos amantes hombres se remonta al año 480 antes de la era moderna.



© Stapleton Collection/corbis

Litografía erótica a colores creada entre 1830 y 1848.



En 1973 *Deep Throat* fue la primera película para adultos que atrajo a espectadores de ambos sexos.

Photofest

publicación y venta de materiales pornográficos. El campeón de esta causa fue Anthony Comstock, a quien la Society for the Suppression of Vice nombró agente especial de la U.S. Postal Office y quien aseguraba haber logrado la condena de más de 3 600 individuos y la destrucción de más de 160 toneladas de literatura obscena. En la década de 1890 el público dejó de apoyar la cruzada de Comstock y empezó a considerarlo un provinciano anticuado. Más importante aún: el monopolio que el servicio postal ejercía sobre los envíos desapareció al inventarse el ferrocarril y el automóvil, al establecerse los transportistas particulares y al inventarse el avión. Todo ello hizo más difícil controlar la distribución de material pornográfico (Lane, 2000).

En 1953 la pornografía dejó de ser un negocio clandestino para convertirse en una industria multimillonaria: en esa fecha se publicó el primer número de la revista *Playboy*. La generación de la Segunda Guerra Mundial compró 50 000 ejemplares del primer número y el creciente número de lectores en la década siguiente hizo multimillonario a Hugh Hefner, su editor. Otro cambio se refiere a las películas con sexo explícito. Hasta entonces habían sido distribuidas exclusivamente en el mercado para caballeros, pero en 1973 *Deep Throat* fue el primer filme para adultos que atrajo audiencias de la población general, entre ellas las mujeres. Generó 600 millones de dólares en cines y por la venta de videos. Su éxito hizo despuntar la industria moderna de la pornografía introduciendo el contenido erótico en otras películas. El aumento de estos materiales intensificó la oposición de grupos conservadores tanto políticos como religiosos; para ellos la pornografía era inmoral, ejercía un efecto negativo sobre los adultos y acrecentaba la criminalidad en las cercanías de las tiendas donde se expendía y de los cines para mayores de edad. La Suprema Corte y las comisiones gubernamentales intentaron dirimir las cuestiones legales concernientes a este material.

Libertad de expresión contra censura

La *Primera Enmienda* de la Constitución de Estados Unidos garantiza la libertad de expresión y de prensa. ¿Se aplica esa protección a los materiales sexuales explícitos? Una decisión de la Suprema Corte en 1957 declaró lo siguiente: las garantías de la *Primera Enmienda* no se aplican indiscriminadamente a los materiales obscenos. Se trata de un dictamen que sigue suscitando controversia hasta la fecha, especialmente por la dificultad de definir la **obscenidad**. Quienes se oponen a limitar la libertad de expresión están convencidos de que es una ley que viola la *Primera Enmienda*, así como la expresión y decisión personal. Más aún, argumentan que la censura queda en manos de quienes ejercen el poder político, pues ellos tienen la autoridad para interpretar y decidir respecto de las imágenes sexuales (Hudson y Graham, 2004). De hecho, los que no comparten el poder político se han servido de la pornografía para criticar las normas sociales y la hipocresía de la religión, la política, y de las clases media y alta (Beck, 1999; Kipnes, 1996; Penley, 1996).

En el recuadro de Sexo y política titulado “La pornografía como crítica social” se explica la manera en que a veces los materiales sexuales explícitos han sido utilizados con fines más nobles que la excitación sexual.

¿Qué es la obscenidad?

En su decisión de 1957, la Suprema Corte definió la *obscenidad* con el fin de implantar la censura. Estableció tres criterios para evaluarla:

1. El tema central de la obra en general debe despertar un interés lascivo en el sexo.
2. La obra debe ofender evidentemente las normas actuales de la comunidad.

Obscenidad Término que refleja un juicio personal o social acerca de que algo es ofensivo.



Pensamiento crítico

¿Qué ejemplos ha visto en la pornografía actual que se oponen a la hipocresía social y política?

3. La obra debe carecer de un valor literario, artístico, político, científico o serio (*Roth vs United States*, 354 U.S. 476 [1957]).

Por tratarse de criterios subjetivos, la ambigüedad dificulta determinar qué materiales son “obscenos” y censurables. La subjetividad se refleja muy bien en el comentario de Potter Stewart, magistrado de la Suprema Corte: “Es difícil definir objetivamente la obscenidad, pero la conozco cuando la veo” (*Jacobellis vs Ohio*, 379 U.S. 197 [1965]).

Además, las normas de la comunidad varían muchísimo de una localidad a otra. En las zonas rurales pequeñas algunas revistas como *Playboy* han sido prohibidas; los libros *The Color Purple*, *Our Bodies y Ourselves*, lo mismo que la revista *Ms.* se consideran obscenos y en consecuencia fueron prohibidos en las bibliotecas escolares (Klein, 1999). Con el advenimiento de la televisión por cable, los VCR, Internet y otras tecnologías inalámbricas, las “normas de la comunidad” han perdido más claridad, pues la gente los utiliza en la intimidad del hogar. Así, algunas localidades sumamente conservadoras tienen el índice más alto de uso de Internet para acceder a la pornografía. Un ejemplo: según el FBI, Salt Lake City, en el estado de Utah, ocupa el primer lugar en búsqueda de contenido para adultos por Internet, (Knox, 2006). Puesto que muchas veces no se cumplen las normas de la comunidad, sería ilógico exigirle al gobierno que invierta los recursos de los contribuyentes para controlar el uso de materiales sexuales explícitos en el hogar (Calvert y Richards, 2006).

Comisiones gubernamentales para la obscenidad y la pornografía

Aparte de las decisiones de la Suprema Corte respecto de los materiales sexuales explícitos, desde la década de 1960 dos comisiones presidenciales fueron creadas para estudiar la pornografía. Se llegó a conclusiones de lo más diverso. El presidente Lyndon Johnson creó la Commission on Obscenity and Pornography para analizar sus efectos. Ésta publicó un informe en 1970. Luego de examinar las consecuencias que tuvo en Dinamarca la legalización de la pornografía (medida que entró en vigor en 1967), así como los resultados de varias investigaciones realizadas en Estados Unidos, la comisión descubrió que los delitos sexuales no aumentaron con la mayor disponibilidad de materiales eróticos. Otro dato más: no se registraron cambios importantes a largo plazo en la conducta de los estudiantes universitarios de Estados Unidos que participaron voluntariamente en la investigación. Basándose en estos resultados, la comisión recomendó rechazar cualquier ley que prohibiera el acceso a la pornografía para adultos. No obstante, tanto el presidente Richard Nixon como el Senado rechazaron las recomendaciones.

En 1986 el presidente Ronald Reagan creó otra comisión para que estudiara la pornografía en el país: la Commission on Pornography de la Procuraduría General de Justicia (a veces llamada *Commission Meese* por el apellido del procurador Edwin Meese). Esta instancia llegó a varias conclusiones e hizo recomendaciones radicalmente distintas de las emitidas por la comisión anterior. Sostuvo que la pornografía violenta y denigrante causa una conducta sexual agresiva en contra de las mujeres y que siempre favorece la promiscuidad. Recomendó perseguirla con mucha decisión prohibiendo además los servicios telefónicos para obtenerla y los programas de televisión por cable. Los investigadores más reconocidos criticaron el informe por fundamentar sus conclusiones en consideraciones políticas y no en un método científico, pues no presentaba suficientes pruebas para apoyarlas (D’Amato, 2006). Las recomendaciones no se pusieron en práctica, con una excepción: se clasificó la pornografía infantil como un delito mayor (U.S. Commission on Pornography de la Procuraduría General de Justicia, 1986).

¿Y si la pornografía en realidad aminora la violencia sexual? Esa fue la conclusión de un estudio reciente. La frecuencia de la violación en Estados Unidos disminuyó 85% desde 1973, pese a que Internet ha venido aumentando la disponibilidad de la pornografía. Además, se comprobó que entre los años 1980 y 2000 los estados con *mayor acceso* a Internet mostraban también la *máxima disminución* de la frecuen-

La pornografía como crítica social

A lo largo de la historia la pornografía ha cumplido algunas veces la función de un crítico social. Durante la Revolución Francesa, como lo muestra la ilustración anexa, contribuyó a incitar a los pobres para que se rebelaran en contra del rey y la reina. Se imprimieron y circularon cientos de folletos que vinculaban la actividad sexual “degenerada” con los excesos materiales y la corrupción política de la realeza (Beck, 1999). En el siglo XVIII las mujeres virtuosas de Gran Bretaña debían sentir repugnancia por el sexo; si los personajes femeninos de una novela violaban el orden social establecido, sufrían siempre consecuencias terribles. *Fanny Hill*, novela de John Cleland publicada por primera vez en 1748, fue famosa porque la protagonista de la aventura sexual tuvo un final feliz.

También es evidente la función de la pornografía actual en la crítica social y política. La revista *Hustler* combina la desnudez y la vulgaridad con ataques contra el poder político, la religión organizada y los privilegios de clase. Por ejemplo, la crítica social y política aparece claramente en un fotomontaje de 1989 titulado “Farewell to Reagan: Ronnie’s Last Bash”. Los rostros de la élite política de la época se superponen encima de cuerpos desnudos haciéndose “obscuridades” unos a otros. En el texto se lee: “Fueron ocho años excelentes, pero para la élite política, es decir... Un plan impositivo radical que disminuye a la mitad los impuestos de los ricos y duplica con creces los de la clase trabajadora... más de 100 funcionarios que renunciaron acusados de graves delitos éticos o francamente criminales... y nosotros seguiremos sufriendo... políticas sexuales intimidatorias muchos años más, particularmente con esas prostitutas que son los magistrados de la Suprema Corte” (Kipnis, 1996, pp. 152-153).

Otra forma de crítica social que se observa en algunos materiales pornográficos consiste en violar las normas convencionales sobre lo que es “sexy”. Algunos productos explícitos de tipo geriátrico, entre ellos “Promiscuous Granny”, rechazan la idea de que los adultos mayores son asexuales. La pornografía transgénerica rompe radicalmente con los conceptos comunes de género u orientación sexual: presenta transexuales con senos y penes copulando con personas del mismo sexo o del otro sexo. Quizá el ejemplo más dramático de esta transgresión de las normas sociales es el subgénero de pornografía de obesos. Mujeres enormes (que pesan entre 100 y 200 kg) aparecen desnudas en situaciones eróticas en varias



Según *Porn 101: Eroticism, Pornography and the First Amendment* editada por James Elias, Veronica Diehl Elias, Gwen Brewer, Vern L. Bullough, Jeffrey J. Douglas y Will Jarvis (Amherst, NY: Prometheus Books). Copyright © 1999 por James Elias, Veronica Diehl Elias, Gwen Brewer, Vern L. Bullough, Jeffrey J. Douglas y Will Jarvis.

La pornografía es a veces una forma de subversión política cuando relaciona las actividades sexuales “degeneradas” con la corrupción política. En la ilustración vemos a un hombre de clase baja satisfaciendo los apetitos sexuales de la reina María Antonieta, implicando que si el rey no podía controlar las aventuras sexuales de su esposa ni estar seguro de la paternidad de sus hijos, y no era capaz de poner orden en su casa, tampoco podría gobernar un país y al pueblo (Beck, 1999).

revistas y videos con títulos como *Life in the Fat Lane* y *Humbo Jezebel*. La incredulidad de muchos de que un cuerpo gordo y robusto pueda excitar, muestra cómo un conformismo totalmente cultural parece lo “normal” para todos. En realidad la cantidad de grasa corporal considerada sexualmente atractiva está condicionada por la historia y la cultura. La preferencia del siglo XX por la esbeltez contrasta con el gusto de hace 400 años por los cuerpos corpulentos y regordetes. La esbeltez no era sexualmente atractiva en esa época, porque recordaba la pobreza y las enfermedades de la clase baja (Kipnis, 1996).



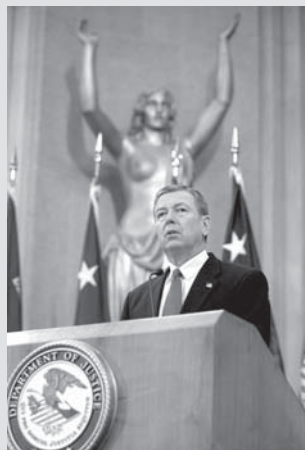
Pensamiento crítico

¿Qué otras razones explican la más baja frecuencia de la violación en los estados de la unión americana donde el acceso a Internet es mayor y viceversa?

cia de violación per cápita. Los cuatro estados con mayor tasa de acceso a Internet (Alaska, Colorado, New Jersey y Washington) tuvieron 27% de decremento en ese delito. En contraste, los cuatro estados con más baja tasa de acceso a Internet (Arkansas, Kentucky, Minnesota y Virginia occidental) tuvieron un incremento de 53%. Es un porcentaje notable teniendo en cuenta una reducción de 85% a nivel nacional (D’Amato, 2006). Como bien sabemos, una correlación no equivale a causalidad, pero son estadísticas reveladoras. Pese a ello, las investigaciones según las cuales la pornografía no aumenta los delitos sexuales no logran desterrar los intentos de censura, como se señala en el recuadro anexo de Sexo y política.

Censura contemporánea y controversias sobre la libertad de expresión

Durante la administración de George W. Bush, el procurador general de Justicia John Ashcroft y su sucesor Alberto Gonzales endurecieron la persecución contra quienes hacen y distribuyen material pornográfico. Algunos casos llevados a juicio se ganaron, otros se perdieron, se desecharon y reinstalaron. La Suprema Corte sigue analizando cuestiones referentes a la censura, especialmente en respuesta a los adelantos tecnológicos. Un ejemplo: en 1997, en el caso *Reno vs American Civil Liberties Union et al*, brindó protección a los materiales difundidos a través de Internet (con excepción de la pornografía infantil). Fundamentó su opinión en que Internet es la forma más participativa de comunicación jamás inventada y que por lo mismo tiene el derecho a la “más firme protección en contra de la intromisión gubernamental” (Beck, 1999, p. 83).



De la obscenidad a la indecencia

Las compañías de radio y televisión tienen un motivo financiero muy importante para transmitir contenido erótico: es lo que más a menudo eleva el rating. La lucha por desacelerar la pérdida de su participación en el mercado ante la televisión por cable las impulsa a cabildear en favor de esa clase de programas. La Federal Communications Commission (FCC) concede las ondas que aquellas utilizan, establece normas para controlar la “indecencia” y obliga a cumplirlas. Según su definición, *indecencia* es “cualquier material que dentro de un contexto particular describe con imágenes o palabras actividades sexuales, actividades excretorias u órganos en términos evidentemente ofensivos medidos por los criterios de la comunidad en ese medio” y “cualquier material que complazca, excite o desconcierte a la audiencia se tratará en forma totalmente distinta a aquel cuyo fin primordial sea educarla o informarla” (Ranii, 2006).

La dificultad para encontrar una definición clara y congruente de “decentia” se evidencia en muchas de las decisiones de censura tomadas por la FCC. Así, en la presentación de los premios Golden Globe en 2003, Bono, de la banda U2, exclamó que fue “chingón o jodidamente brillante” que su banda ganara uno de los premios. Después la FCC determinó que su lenguaje no era indecente porque Bono no se refería a un acto sexual. Cinco meses más tarde revirtió su decisión, pero sin multar a la red de televisión. También especificó que la palabra *joder* no es indecente en la película *Salvando al soldado Ryan*, pero después de recibir una queja de un espectador, impuso una multa por el uso de la misma palabra en una transmisión televisiva del documental de Martin Scorsese *The blues* (McCollum, 2006).

“Durante demasiado tiempo la discusión sobre ‘decentia’ o ‘valores morales’ se ha visto dominada por la censura impuesta a lo que la gente lee, a lo que ve, escucha e incluso a lo que dice... No obstante, la controversia a nivel nacional y

El *Spirit of Justice*, una estatua de 3.6 m de altura creada por un escultor WPA en 1936, se encuentra en el Great Hall of the Justice Department, donde los funcionarios ofrecen conferencias de prensa. El exprocurador general de Justicia John Ashcroft gastó 8000 dólares en la compra de cortinas con las cuales cubrió la estatua para que no lo fotografiraran con los senos de ella a sus espaldas.

estatal debería concentrarse en cómo los ciudadanos de este país se tratan unos a otros y en cómo el país se comporta en la comunidad global” (Lane, 2006, p. 280).

Si bien las decisiones de la FCC no son uniformes, el público general muestra una gran hipocresía entre sus convicciones y su comportamiento en lo tocante a la indecencia. En una encuesta de la revista *Time*, más de la mitad de los entrevistados dijo que había demasiado sexo, groserías y violencia en la televisión, manifestando además que la FCC debía actuar con mayor rigor. Pero los programas más populares suelen ser los que exhiben el material sexual más explícito. Por ejemplo, en la conservadora ciudad de Atlanta —donde casi 58% de la población votó por Bush en 2004— el programa televisivo de más rating allí, *Desperate Housewives*, presenta escapadas sexuales, entre ellas la de una mujer casada que duerme con su jardinero adolescente (Levy, 2005).

La administración Bush aumentó considerablemente el financiamiento y el personal para investigar y enjuiciar la indecencia. En 2002 la FCC empezó a imponer fuertes multas a las empresas de televisión y radio (CBS, Fox, NBC y Clear Channel Radio) por difundir material sexual y palabras obscenas. En la **figura 18.1** se dan algunos ejemplos de las multas. Las sanciones totales anuales aumentaron de 440 000 dólares en 2002 a 7.7 millones de dólares en 2003. En 2006 las multas *por infracción* (o sea, por cada palabra indecente) creció de 32 500 a 325 000 (Triplett, 2006). Algunos analistas políticos opinan que al endurecer la censura, la administración Bush quiso motivar a los votantes conservadores a acudir a las urnas para que contribuyeran a la elección de candidatos republicanos en las contiendas políticas que estaban muy competidas (Lane, 2006; Piccionelli, 2006).

Multas de la FCC Compañía	Multa	Motivo
Young Broadcasting	\$27 500	Un segmento matutino de noticias relativo a la obra <i>Puppetry on the Penis</i> que se volvió explícito en KRON-TV de San Francisco.
Clear Channel Radio	\$495 000	Referirse a la actividad sexual, incluido el farsante producto "Sphincterine", en el show de Howard Stern.
CBS	\$550 000	Actuación sexual explícita de Janet Jackson y "el mal funcionamiento del vestuario" durante el espectáculo de medio tiempo en el <i>Supertazón XXXVIII</i> .
Clear Channel Radio	\$755 000	Quejas de una persona porque en el programa radiofónico de entrevistas <i>The Love Sponge</i> se habló del sexo entre los personajes de caricatura.
Fox	\$1 183 000	Escenas de solteros y de fiestas de solteros en que los asistentes lamían crema batida en el cuerpo de desnudistas en <i>Married by America</i> , un reality show por televisión.



Getty Images

➔ **Figura 18.1** En los últimos años la FCC ha aplicado fuertes multas a las empresas de radio y televisión, entre ellas la de Howard Stern, por transmitir material que juzga indecente.

Los defensores de la decencia tratan de que se eleven las multas que la FCC puede imponer a las empresas de radio y televisión. También confían en colocar bajo su jurisdicción la radio y televisión por cable y vía satélite. En el momento actual la comisión carece de jurisdicción porque la industria privada —no el gobierno— paga el equipo y las transmisiones. Por eso las empresas de televisión por cable y vía satélite

como HBO, ESPN y FX no censuran las palabras emitidas por las televisoras. La censura a la radio y la televisión explica por qué algunos programas emigran. Un ejemplo, a principios de 2005 Howard Stern suspendió definitivamente su programa radiofónico y empezó a transmitirlo vía satélite con el fin de eludir la jurisdicción de la FCC.

La alianza entre tecnología y materiales sexuales explícitos

Aunque han aumentado las multas a la televisión y a la radio, las nuevas tecnologías hacen más difícil regular y censurar la pornografía por tratarse de un negocio muy lucrativo. Los avances tecnológicos y el mercado directo al consumidor representan una industria con ingresos de entre 10 000 y 14 000 millones de dólares anuales, o sea, más que los ingresos combinados del fútbol, basketball y beisbol (Williams, 2004). El acceso tan fácil y la privacidad conseguida mediante la televisión por cable y los VCR —e inmediatamente después por Internet— han generalizado la disponibilidad de la pornografía a personas que antes debían ir a cines o a tiendas para adultos. En Estados Unidos el alquiler de películas y DVD eróticos registró un incremento de 79 millones en 1985 a 759 millones en 2001, cifra que equivale a 850% (Kloer, 2003). En el momento actual casi una renta de cada cinco DVD y VCR corresponde a ese tipo de películas. En la industria de la pornografía se producen anualmente cerca de 11 000 filmes, mientras que en Hollywood se producen 400 (Paul, 2004). Un nuevo grupo de redes de televisión para adultos se diseñó exclusivamente para la tecnología de videos sobre demanda. La aparición de la pornografía en los teléfonos celulares, iPods, PDA y el juego PSP brinda acceso a material sexual explícito. En menos de un año después de su introducción, el contenido erótico en aparatos móviles se ha convertido en un negocio multinacional de miles de millones de dólares (Piccionelli, 2006).

Como la industria de la pornografía genera utilidades tan enormes, las grandes empresas —entre ellas las que se dedican al entretenimiento del público en general— se han aliado con ella. Por ejemplo, en 2001 los televidentes norteamericanos gastaron 465 millones de dólares para ver en su hogar películas de pago por evento; la mayor parte de ese dinero va a manos de compañías como Time Warner y AT&T.

Materiales sexuales explícitos: ¿útiles o dañinos?

Las imágenes sexuales gráficas se han vuelto tan comunes en la cultura moderna, que en las universidades muchos departamentos de literatura, cinematografía, antropología y derecho para mujeres imparten los llamados “cursos porno”, que abordan esta clase de cuestiones (Cullen, 2006). Una de ellas se centra en el efecto de la pornografía en los usuarios. Se ofrecen argumentos en favor de la utilidad o el daño que causa. Por el lado positivo, se sostiene que la pornografía produce estimulación sexual sin el riesgo de ser rechazado o criticado por la pareja, de embarazarse o de contraer una infección de transmisión sexual. “Todo mundo logra la erección, la mujer no tiene problemas para alcanzar el orgasmo, nadie teme que su barriga parezca demasiada... Nadie se embaraza ni quiere casarse ni trata de obtener una cita para el próximo fin de semana” (Paul, 2005, p. 41). La pornografía proporciona además una infinita variedad de material con fantasías eróticas. En una relación amorosa, el material explícito puede eliminar las diferencias en la frecuencia del interés entre la pareja al facilitar la excitación sexual durante la masturbación cuando uno de los dos no quiere tener sexo o está fuera de la ciudad.

Algunos individuos y parejas descubren que la pornografía o erótica destinada al público en general ha contribuido a mejorar sus experiencias sexuales. En una encuesta se descubrió que 37% de los hombres y 28% de las mujeres habían ampliado sus gustos eróticos al ver los sitios de Internet. También mejora la comunicación relativa al sexo luego de que los sujetos expresan sus intereses en forma anónima por la red: 50% de las mujeres y 44% de los hombres externaron a su pareja los deseos eróticos que antes habían callado (Gowen, 2005). Los videos educativos con material sexual explícito también favorecen la comunicación y experimentación entre los participantes.

Por otra parte, a muchos observadores les preocupa el influjo que la pornografía tiene en las relaciones íntimas. Una investigación reveló que, tras varias exposiciones a ésta, tanto los hombres como las mujeres se sentían menos satisfechos con el atractivo físico y el desempeño sexual de la pareja (Zillmann y Bryant, 1988). Los terapeutas matrimoniales y los abogados especializados en divorcio han visto un fuerte incremento en los casos en los que la pornografía por Internet fue uno de los factores principales que llevó a consulta a la pareja (Greenfield, 2005; Hanus, 2006). La pornografía puede hacer que la gente se vuelva insensible ante el placer del sexo ordinario, prefiriendo el que se obtiene por Internet a una relación personal. Los individuos también pueden presionar a la pareja a realizar conductas eróticas que a ésta le repugnan; por ejemplo, eyacular en la cara de la mujer, tener sexo con otra persona o practicar el sexo anal (Paul, 2006). Todo ello puede deteriorar una relación, como se advierte en el siguiente relato.

Entre los 20 y 25 años de edad pasaba mucho tiempo (y bastante dinero) a las mujeres que administraban negocios de webcam para que representaran las escenas eróticas con que me gustaba masturbarme. Para mí era una forma segura, simple y sana de satisfacer mis necesidades en vez de buscar una novia. Entonces conocí a Jennifer y me enamoré de ella. Al cabo de varios meses empezó a aburrirme el sexo convencional y le pedí que encarnara el papel de “muchacha de escuela” que me gustaba ver en línea. Realizó una buena actuación, pero me molestaba que no lo hiciera “bien”. Así que le di a entender que no me parecía suficientemente sexy. No había pensado que sería incapaz de representar las fantasías de las profesionales. Hay que saber negociar: prefiero tener sexo con una mujer que me ame a hacerlo con una buena actriz. (Archivo de los autores.)

? Pensamiento crítico

En su opinión, ¿cree que los grupos religiosos extremistas lograrán acabar con la pornografía? Explique su respuesta afirmativa o negativa.



© 2006 STAHLER—COLUMBUS DISPATCH

Jeff Stahl © Columbus Dispatch/Dist. por Newspaper Enterprise Association, Inc. reimpreso con autorización de United Media, Inc. Todos los derechos reservados.

Los temas comunes de la pornografía suelen ofrecer una “educación sexual” deficiente. A menudo muestran el desempeño estresado de los hombres, interacciones apresuradas y poco sensuales, la conquista en lugar del placer (Cook, 2006). Limitan la sexualidad masculina al tamaño exagerado del pene y a su utilización. Perpetúan los mitos de que un hombre debería estar siempre listo para el sexo y que debería alcanzar el orgasmo sin importar la otra persona ni su propia naturaleza tan compleja (Zilbergeld, 1978). Además, la mujer parece excitarse salvajemente con cualquier estimulación de la pareja. Cuando no lo hace así en la vida real, los hombres se consideran inadecuados o engañados; hombres y mujeres llegan a dudar de la normalidad de su sexualidad (Castleman, 2005). La representación tan superficial del sexo comercial se ha extendido por Estados Unidos, como se señala en el recuadro de la sección De actualidad: “La ‘pornificación, de la cultura norteamericana’”.

► Prostitución y sexoservicio

Prostitución Intercambio de servicios sexuales por dinero.



Palabras para consultar en InfoTrac

● Prostitución

La **prostitución** consiste en intercambiar servicios sexuales por dinero. Generalmente al hablar de ella se piensa en la mujer, aunque es frecuente el intercambio entre dos hombres.

Es menos usual que una mujer le pague a un hombre por sus servicios. *Sexoservidor* y *sexoservidora* son términos con los que se designa a alguien que participa en la prostitución y en actividades relacionadas con ella: sexo por teléfono, bailar desnudo, mensajes eróticos, sexo por Internet y actuar en filmes pornográficos. La mayoría de quienes se dedican a la prostitución por algunos meses, frecuentemente pasan de un tipo de sexo comercial a otro (Farley, 2004).

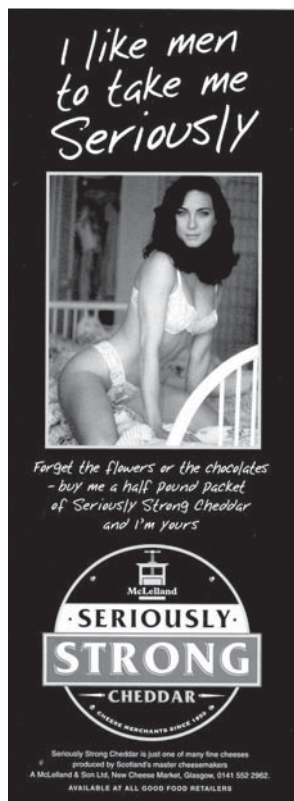
Las relaciones en que se intercambia sexo por dinero también se dan fuera del sexoservicio. La publicidad frecuentemente presenta el tema “cambie bienes por sexo”; en el año 2000, uno de los primeros *reality shows* de la televisión —*Who Wants to Marry a Multimillionaire?*—, exhibió aspectos de los tipos de prostitución que a veces ocurren en las relaciones entre hombre y mujer (Peyser, 2000b). En esta categoría podríamos incluir a la mujer que no se casa con el hombre a quien ama sino con un rico, a la esposa que no niega ningún placer erótico antes de pedirle un aumento del gasto a su marido, o a la que desea divorciarse pero no lo hace para no perder la seguridad económica (Ridgeway, 1996).

Historia de la prostitución y del sexoservicio

La prostitución siempre ha existido y por eso se le conoce como *la profesión más antigua del mundo*. Sabemos que ya en las antiguas civilizaciones griega y sumeria los hombres vendían sus servicios sexuales a otros hombres. Sin embargo, su importancia y significado ha ido variando con el tiempo y la sociedad. Durante algunos periodos de la antigua Grecia ciertos tipos de prostitutas eran apreciadas por su compañía intelectual, social y sexual. La prostitución femenina formaba parte de rituales religiosos reverenciales en otras sociedades antiguas. El sexo entre prostitutas y hombres se realizaba a menudo en el interior del templo, pues se le consideraba una ceremonia sagrada. En la Europa medieval se toleraba esta actividad, y los baños públicos eran un sitio adecuado para relacionarse con los clientes. En la Gran Bretaña victoriana se le consideraba un desahogo sexual y social necesario para los varones. Era un mal menor que un hombre de clase media tuviera relaciones sexuales con una prostituta, que con la esposa o la hija de otro hombre de su misma clase (Taylor, 1970).

Clientes de las trabajadoras sexuales

Existen los sexoservidores porque su servicio tiene demanda. El sexo a cambio de dinero ofrece contacto sexual sin necesidad de intimidad personal ni de un compromiso futuro; elimina el riesgo de rechazo y brinda la oportunidad de ensayar técnicas que el cliente no utilizaría con su pareja (Califia, 2002). En una muestra representativa de



Cortesia de The Advertising Archives

Algunos anuncios demuestran el aspecto comercial en las relaciones de prostitución.

La “pornificación” de la cultura norteamericana

Los aspectos principales de la pornografía y de la prostitución en la cultura norteamericana son tan prevalentes que Ariel Levy la califica como la era de la “cultura lasciva” (Levy, 2005). Los programas de televisión por cable —*Can You Be a Porn Star?*— Eminem, Kid Rock y Metallica, entre otras figuras del espectáculo, muestran a estrellas pornográficas en sus videos musicales, además de que también las anfitrionas lo son. Las preadolescentes usan camisetas con la leyenda “PORN STAR” inscritas con piedras brillantes (Paul, 2005). Cientos de mujeres jóvenes se desnudan alegremente imitando las poses de las estrellas en los videos *Girls Gone Wild*.

Las mujeres también pueden tomar clases para aprender las habilidades del entretenimiento erótico. Oprah Winfrey entrevistó a un instructor de desnudistas cuyo programa había enseñado a 12 000 mujeres a desnudarse y el *table dance*. En otras clases se les instruye sobre cómo practicarle el sexo oral a los hombres; en los programas de televisión se enseña y se demuestra la manera de bailar eróticamente en el regazo de un hombre hasta que alcance el orgasmo. El libro *How Make Love Like a Porn Star* prosigue la educación en pornografía/prostitución.

¿Es positiva la reciente tendencia a imitar a las prostitutas y aprender sus habilidades? ¿Su conducta ofrece un buen



El reality show *Can you Be a Porn Star?*, con las anfitrionas Tabitha Stevens y Mary Carey, empezó a transmitirse en pago por evento a principios de 2004 ilustrando una tendencia hacia la incorporación de la industria porno en la televisión.

modelo a las mujeres? ¿Se refleja en él mayor libertad sexual para la mujer o un nuevo énfasis en satisfacer a los hombres olvidándose de su placer personal? Ted McIlvenna, presidente del Institute for the Advanced Study of Human Sexuality, piensa que se faculta a las mujeres para mejorar su confianza sexual cuando aprenden más habilidades y opciones. Por otra parte, es irónico ver a las prostitutas como modelo del facultamiento femenino, cuando en realidad muchas de ellas se sienten atrapadas en la situación, según veremos en la siguiente sección. El autor de *Female Chauvinist Pigs: Women and the Rise of Raunch Culture* pone en tela de juicio el valor de los modelos de papeles eróticos que parecen sexys y acceden al acto sexual por dinero, sientan o no deseo. La mejor modelo “sería la mujer a quien el sexo le causa placer, no la que obtiene más dinero por hacerlo”, si al sexo se le considera principalmente fuente de placer o expresión de amor (Levy, 2005, p. 179).

En contraste, en la pornografía amateur por Internet las mujeres no fingen la excitación erótica sino

que la sienten. Disfrutan su cuerpo sin que las inhiba la edad ni una figura no “perfecta”. Esta clase de pornografía goza de enorme popularidad en línea. Al ver a personas reales en lugar de actores, los espectadores tenderán más a normalizar su expresión erótica y sexual (Klein, 2006).

varones de todo el mundo, se descubrió que 10% de ellos había comprado sexo en los últimos 12 meses (Crael y colaboradores, 2006). En otra encuesta efectuada en Estados Unidos entre los que contrataban prostitutas, 93% había tenido contacto con una de ellas por lo menos una vez al mes (Freund y colaboradores, 1991).

Las mujeres tienden menos a pagar por el sexo. Pero ha crecido enormemente el sexoturismo entre ellas. Mujeres de raza blanca solteras, divorciadas o casadas —lo mismo de Europa como de Estados Unidos— viajan a regiones del tercer mundo como Mombasa (Kenia) para relacionarse con “muchachos de la playa” que les ofrecen compañía, lisonjas y sexo por dinero o regalos. Las afroamericanas tienden a realizar esta clase de turismo en Jamaica, y las japonesas suelen viajar a Bali (Hari, 2006). Una mujer que practica el sexoturismo declaró: “En Inglaterra no les interesamos en absoluto a los hombres de nuestra edad... Aquí los hombres nos hacen sentir nuevamente glamorosas y sensuales” (Knight, 2006, p. 2).

Estas mujeres y los hombres contratados por ellas son muy comprensivos con sus relaciones comerciales. Un investigador descubrió que los varones imaginan que



© Peter Dench/consis

Jamaica es uno de los países donde las mujeres realizan el ecoturismo con el fin de encontrar hombres que les sirvan de acompañantes y pareja sexual.

reciben regalos como agradecimiento a la ayuda que brindan a las mujeres; ellas a su vez creen que ayudan a los hombres y a la economía local al darles dinero y obsequios (Hari, 2006). El sexoturismo femenino es el tema de la película francesa *Heading South*, en la cual tres norteamericanas viajan a Haití con el propósito de conocer el talento erótico de los isleños. Una obra teatral estrenada en 2006 en Londres —*Sugar Mummies*— muestra crudamente cómo las turistas perciben el cuerpo de los negros: hablan sobre “lo grande” que es un joven de la playa en comparación con otro (Burr, 2006).

Personas que practican la prostitución en edad adulta

Son sujetos que varían en algunas características, como visibilidad pública, dinero que ganan y clase social a la que pertenecen. Algunos trabajan de medio tiempo y llevan una vida por lo demás normal en una escuela, en el trabajo y en las relaciones sociales. Si alguien trabaja prostituyéndose a medio tiempo y posee otros conocimientos profesionales, puede abandonar esta actividad más fácilmente que el resto. Muchas de estas personas, de ambos sexos, no se consideran “profesionales”. En cambio, los de tiempo completo que se identifican como parte de la subcultura de la prostitución (el hecho de ser arrestado facilita la identificación) suelen tener una baja escolaridad y pocas habilidades vendibles. En una encuesta se supo que 89% de ellos desearía abandonar “la profesión” (➔ **tabla 18.1**), sólo que por no tener otras habilidades, les cuesta mucho lograr otra actividad (Butcher, 2003; Farley, 2004).

➔ **TABLA 18.1**

Respuestas de prostitutas a la pregunta “¿Qué necesita?” (por orden descendente de importancia)

Lo que las mujeres dicen necesitar para abandonar la prostitución	
Capacitación laboral	Tratamiento de adicción/alcoholismo
Hogar o un lugar seguro	Entrenamiento en autodefensa
Atención médica	Guarderías
Consejería individual	Legalización de la prostitución
Asistencia legal	Protección física contra <i>padrotes</i>
Apoyo de compañeros	

Fuente: Farley (2004).

Las sexoservidoras y los sexoservidores o *chichifos* callejeros buscan clientes heterosexuales y homosexuales respectivamente en la calle o en los bares. Los segundos amplían su búsqueda en los baños para homosexuales, en los parques públicos y en los sanitarios (Friedman, 2003; Parsons, 2005). Unas y otros son los que menos cobran por su servicio. Los hombres rara vez trabajan para un proxeneta o *padrote*, pero las mujeres suelen compartir con él una gran parte de sus ganancias. Es factible que las sexoservidoras y *chichifos* callejeros sufran robos y agresión de sus clientes o proxenetes (Valera y colaboradores, 2001). Frecuentemente en las noticias se menciona el asesinato de una prostituta o la caza de un asesino serial de trabajadoras sexuales (Green, 2000). Además, por su misma visibilidad, sexoservidores de uno y otro sexo que trabajan en la calle tienden a ser arrestados con mayor facilidad. A lo largo de su carrera se repite muchas veces el ciclo de arresto, una breve estancia en la cárcel y liberación.

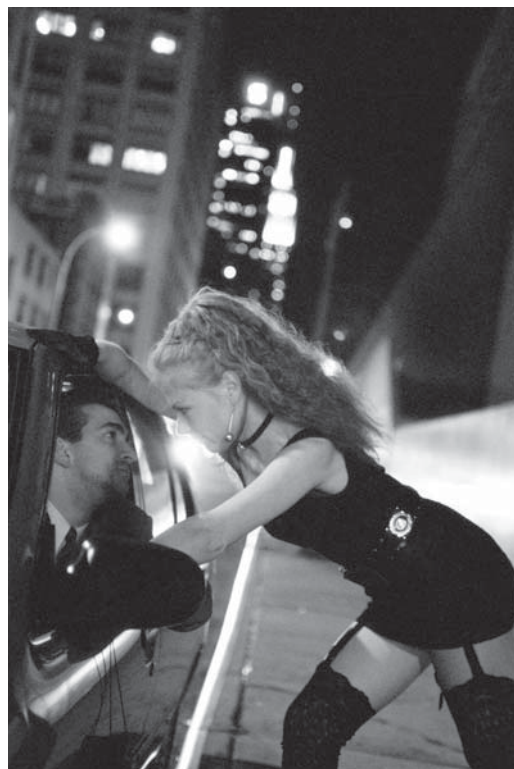
El **burdel** es una casa donde trabaja un grupo de prostitutas. Han sido comunes en Estados Unidos durante gran parte de su historia; todavía hoy son legales en algunas áreas de Nevada. Generalmente una “madame” es la anfitriona y administra el negocio. Las prostitutas que trabajan en burdeles donde la prostitución es ilegal, gozan de mayor protección que las callejeras por ser menos visibles a la policía. Sin embargo, en los burdeles de Nevada están completamente bajo el control del dueño, sin que se les permita abandonarlo por ocho días consecutivos. Un estudio encontró que prostitutas trabajando en burdeles legales de Nevada, actualmente, se sentían más seguras en la calle, pues podían rechazar a un cliente intoxicado o de aspecto peligroso; en cambio, los administradores del prostíbulo no les permiten hacerlo. El investigador encontró más violencia física en las calles que en los burdeles, pero la frecuencia y gravedad de los problemas mentales era el mismo en ambos casos (Farley, 2004).

A menudo se considera que las salas de masaje son una versión moderna del “sexo rápido” de los burdeles. La estimulación manual (“local” o “con las manos”) u oral se contrata por una cantidad una vez que el cliente se halla en la sala. Además, puede ordenar cuanta ropa le gustaría que tuviera la masajista. El coito puede ocurrir como parte del “masaje”.

Las y los sexoservidores por teléfono —que prestan sus servicios a hombres— y los *gírgolos* —que prestan sus servicios a mujeres— son los que más ganan. A menudo provienen de familias de clase media y ofrecen compañía, lo mismo que servicios sociales, a clientes generalmente ricos, de edad madura y mayores. El contacto con las prostitutas suele efectuarse en forma personal o a través de “servicios de acompañantes”; generalmente estas mujeres tienen varios clientes regulares (Blackmun, 1966a). A menudo fingen un interés amoroso por ellos. Los clientes regulares tienden a obsequiarles ropa y joyas, y a pagarles alojamiento. La visibilidad pública de estas prostitutas es mínima; la probabilidad de ser arrestadas es mucho menor que la de las que trabajan en la calle.

En un estudio se descubrió lo siguiente: los hombres que trabajan para una agencia de acompañantes tenían un promedio de seis clientes al mes, la interacción sexual duraba una hora aproximadamente y el sexo oral era el servicio de mayor demanda. En general los acompañantes evitaban el sexo anal. A 80% de ellos no le gustaba tener sexo con los clientes: preferían a los que buscaban su compañía para conversar, entretenerse o viajar (Hagen, 2006).

Burdel Casa donde trabaja un grupo de prostitutas.



Michael Goldman/Getty Images

Las prostitutas callejeras están muy expuestas al abuso de clientes, *padrotes* y policía.

Prostitución durante la adolescencia

En una investigación realizada en nueve países se descubrió que 47% de las personas dedicadas a la prostitución era menor de 18 años cuando empezó (Farley, 2004). Según las estadísticas del National Incident-Based Reporting System, en Estados Unidos el número de los adolescentes que practican la prostitución supera al de las adolescentes por 61 a 39% (Finkelhor y Ormrod, 2004). En este grupo de edad la prostitución sirvió para sobrevivir a chicos que huyeron del hogar (Ring, 2001). Aproximadamente 95% sufrió abuso sexual y la mayoría padeció el rechazo de su familia, a menudo después de descubrirse que eran homosexuales, lesbianas, bisexuales o transgénricos (Mok, 2006). Sin embargo, los provenientes de familias de clase media y clase media alta practican cada día más esta actividad y al parecer se venden por la excitación y el dinero fácil para cumplir sus caprichos sin que intervenga la familia. Al terminar las clases, algunas jóvenes incluso invitan a sus clientes a su casa mientras sus padres están trabajando (Smalley, 2003).

Internet y trabajo sexual

Internet está transformando la profesión más antigua del mundo. Los sitios web ofrecen “acompañantes” con gran variedad de especialidades físicas, intelectuales y eróticas (servidumbre o *bondage*, sadomasoquismo, representación de fantasías). Un sitio de acompañantes masculinos en la Web cuenta con 36 000 individuos en 121 ciudades de todo el mundo (Hagen, 2006). Hombres y mujeres operan cada día más a través de los sitios individuales en línea. Negocian con el cliente mediante correo electrónico; así se ahorran los honorarios que corresponden a las compañías de sitios web, a los *padrotes* y a los burdeles (Reynolds, 2006). Los modelos en vivo de los sitios para videoconferencias ganan entre 25 y 50 dólares por hora, pero reciben sólo una parte de lo que generan. Su compañía percibe un mínimo de 300 dólares por hora de cada empleado. Tanto cuando trabajan para una empresa como en forma individual, los que utilizan Internet gozan de condiciones laborales más seguras que los demás sexoservidores. El arresto en estos casos es poco frecuente, con una salvedad: a los policías le es más fácil realizarlo cuando simulan ser clientes (Linskey, 2006).

Por qué hombres y mujeres se dedican a la prostitución

Una combinación de factores psicológicos, sociales, ambientales y económicos contribuyen a la prostitución. Una investigación demostró que a veces es resultado de una decisión personal o por el deseo de ejercer la liberación sexual (Lim, 1998). La prostitución produce una sensación de poder, especialmente al controlar las negociaciones y los honorarios (Deshotels y Forsyth, 2006). Un atractivo más consiste en la atención que se recibe de los clientes (Andreas, 2005). Los homosexuales jóvenes reafirman su personalidad con las muestras de admiración y aprecio, lo cual contrasta profundamente con las actitudes hostiles y antihomosexuales que los rodeaban antes (Steele, 2006).

La necesidad y los incentivos económicos suelen ser la motivación fundamental para ingresar a la industria del sexo y continuar en ella (Carter, 2003; Kempner, 2005). El exhaustivo trabajo de Melissa Farley sobre la prostitución en nueve países (Canadá, Colombia, Alemania, México, Sudáfrica, Tailandia, Turquía, Estados Unidos y Zambia) reveló lo siguiente: ganar dinero es la motivación principal y más frecuente tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo.

En la generalidad de los casos se observa un urgente apremio por obtener recursos para satisfacer las necesidades primarias: 75% no tenía hogar cuando se prostituyó (Farley, 2004). En Estados Unidos casi siempre el motivo para involucrarse en el trabajo sexual es la incapacidad de encontrar un empleo remunerador. Muchas mujeres se habían empleado antes cuidando niños, en el servicio de comidas o de limpieza (Thukral, 2005).

Una niñez traumática es otro factor importante para que una persona se convierta en una o un sexoservidor. Según los resultados de la investigación de Farley, cuando las prostitutas eran niñas, sus cuidadores las habían golpeado en 59% de los casos, al punto de causarles lesiones físicas. Más aún, la mayoría había sufrido abuso sexual en la infancia y 63% había padecido un promedio de cuatro ataques por personas diferentes.

De acuerdo con Farley, es una idea falsa que la prostitución se debe a que las adictas necesitan dinero para adquirir drogas. Los estudios indican que la prostitución antecede al abuso de drogas y alcohol entre 39 y 60% de los casos. Más bien se cae en ambos vicios para superar los sentimientos tan negativos que les produce su actividad (Farley, 2004).

Los altos costos personales del trabajo sexual

Quienes se dedican al trabajo sexual tienen muchos problemas físicos y mentales a causa de la violencia, estrés crónico y la exposición a infecciones de transmisión sexual (Ward y Day, 2006; Wong y colaboradores, 2006). Dos terceras partes de los sujetos del estudio que Farley realizó en nueve países cumplían con los criterios diag-

nósticos del estrés postraumático, trastorno que aparece cuando se sufre un trauma abrumador. He aquí algunos de los síntomas: pesadillas, apatía o temor, insomnios, problemas de concentración y *flashbacks* (es decir, revivir una experiencia dolorosa). El trastorno entre estas mujeres duplicaba el porcentaje observado en los veteranos de la guerra de Vietnam, y la gravedad era igual en los nueve países, tanto en los desarrollados como en los del tercer mundo. Los detalles concernientes a las experiencias aclaran el origen del estrés postraumático. Lo siguiente le ocurrió a una mujer que practicaba la prostitución principalmente en clubes nudistas.

Tenía que tolerar abusos verbales (con una sonrisa fingida), que los clientes la sujetaran y le pellizcaran las piernas, glúteos, senos y entrepierna... Le apretaban los senos hasta que sentía un fuerte dolor. La humillaban eyaculando en su rostro... [y] le jalaban el cabello para controlarla y torturarla. Tenía grandes moretones por las golpizas y frecuentemente los ojos morados. Le golpeaban varias veces la cabeza con los puños cerrados, en ocasiones causándole contusiones y dejándola inconsciente. A raíz de esas golpizas se le dislocó la quijada y su tímpano quedó lesionado. Muchos años después la quijada seguía dislocada. La cortaban con cuchillos. La quemaban con cigarros algunos clientes que fumaban mientras la violaban. Sufrió una violación en manos de una pandilla... Las violaciones por parte de clientes y *padrotes* le provocaban hemorragias internas (Farley, 2004, p. 64).

Prostitución y VIH/sida

El VIH o el sida son otro peligro que asecha a las prostitutas. Las y los trabajadores sexuales que necesitan más urgentemente el dinero viven ilegalmente en Estados Unidos o son pobres; viejas y adictas a las drogas se ven obligadas a practicar el sexo sin protección (Chapkis, 1997). Una investigación efectuada en México descubrió lo siguiente: las prostitutas reciben una gratificación de entre 23 y 46% por acceder a este tipo de sexo, porcentaje que representa un incremento de 14 000 a 15 000 dólares anuales (Gertler y colaboradores, 2006). Con la esperanza de hacer que el sexo seguro aporte beneficios financieros a las prostitutas, un proyecto piloto lanzado en India con el patrocinio de la Bill and Melinda Gates Foundation les ofrece una “tarjeta inteligente” con la cual obtienen descuentos en las tiendas de ropa y de comestibles, a condición de someterse a un examen médico trimestral (Beary, 2006).

Por lo regular, una pobreza extrema es lo que impulsa a la prostitución; sin embargo, a veces se llega a ella a través del engaño y la violencia, como se explica en el recuadro anexo titulado “Explotación mundial de mujeres y niños en la prostitución”.

SEXUALIDAD Y DIVERSIDAD

Explotación mundial de mujeres y niños en la prostitución

Una historia moderna de 50 años de tráfico sexual inició con la ocupación de Corea del Sur por el ejército estadounidense. En el momento actual, en las “ciudades campamento” cercanas a las 100 bases militares viven más de 1 millón de prostitutas, principalmente mujeres traídas de Europa oriental y de Filipinas.

Los traficantes son delincuentes que con la promesa de empleo engañan a mujeres y niños en los países subdesarrollados, lo mismo que en los que tienen inestabilidad social, económica o política. En vez de conseguirles un trabajo legítimo, los venden a otros que los obligan a prostituirse, sobre todo en naciones más ricas y estables o en sitios famosos por el sexoturismo (Farr, 2003). Por ejemplo, tras la caída del bloque comunista en Europa durante la década de 1990, los traficantes prometían falsamente empleo en Europa occidental a las mujeres que sufrían pobreza en su país natal. A algunas se les atrae a la prostitución prome-



Uno de los posters diseñados para la Campaign to Rescue and Restore Victims of Human Trafficking, cuyo fin es concientizar al público y ayudar a las víctimas de tráfico sexual.

tiéndoles un matrimonio en otro país. Las jóvenes procedentes de grupos tribales minoritarios son las más expuestas, pues cuentan con pocas opciones por su nivel social bajo.

Los traficantes también compran niños cuando éstos representan una carga económica que la familia no puede sostener. Los huérfanos cuyos padres murieron de sida, o en las guerras étnicas o tribales de África y de Europa oriental son muy vulnerables a la explotación (Rios, 1996). Ha crecido mucho el número de varones de corta edad que son vendidos para atender las demandas del sexoturismo (Lim, 1988). Cada día se les busca más, a niñas y niños, porque los clientes piensan que probablemente no hayan contraído el VIH. Los traficantes no dudan en recurrir al secuestro. Debido al caos provocado por la ocupación norteamericana en Iraq, se calcula que las pandillas han secuestrado a unas 2 000 niñas (Bennet, 2006). Es imposible saber con exactitud cuántas mujeres y niños son vendidos en todo el mundo, pero el informe de la CIA-State Department estima que tan sólo en Estados Unidos 50 000 mujeres y niños son esencialmente esclavos en la industria del sexo (Leuchtag, 2003).

Los traficantes van desde papá y mamá hasta redes de grupos multinacionales extremadamente organizados. También participan individuos corruptos que ocupan puestos de confianza: oficiales de policía, guardias fronterizos, oficiales de inmigración, agentes de viajes y banqueros. El hecho de que una prostituta vendida por ellos genere entre 75 000 y 250 000 dólares anuales a su “empleador” constituye un eficaz incentivo financiero para todos los participantes (Farr, 2004). Según algunos cálculos, la explotación mundial de niños y mujeres a través del tráfico sexual produce entre 7 000 y 10 000 millones de dólares al año (Cwikel y Hoban, 2005).

El sexoturista es un adulto que viaja para tener relaciones sexuales a cambio de dinero o regalos. Esta próspera industria, cuyos clientes provienen de los países industrializados, aprovecha el tráfico de mujeres y niños, así como la pobreza extrema de los que habitan en zonas urbanas y rurales. A menudo los hombres que trabajan como “muchachos de playa” en sexoturismo femenino lo hacen por ser la única manera de sostener a su familia. Muchas de las naciones donde ocurre el sexoturismo son excolonias de esclavos que todavía no se recuperan del colonialismo (Hoggard, 2006).

El sexoturismo de hombres predomina en las naciones asiáticas como Tailandia, Filipinas, India, Sri Lanka, Vietnam y Camboya, así como en un país sudamericano: Brasil. La publicidad se apoya en el estereotipo de la asiática como una mujer dócil y amorosa (Alfano, 2006). En Tailandia, entre 22 500 y 40 000 son niñas menores de 18 años (Alfano, 2006). La mayoría de los turistas sexuales que llegan a estas naciones son japoneses, alemanes, escandinavos, árabes y norteamericanos. Cada año el comercio sexual legal genera cerca de 3.3 mil millones de dólares a Indonesia y 27 000 millones a Tailandia (Farley, 2004). Un profesor de economía

tailandés estima que el comercio sexual percibe allí de cuatro a cinco veces más que el sector agrícola (Budhos, 1997).

Como vimos en la investigación concerniente a los efectos nocivos de la prostitución “voluntaria”, el daño a las mujeres que han sido vendidas es mucho más severo. En los estudios de las procedentes de varios países se observó lo siguiente: el confinamiento como esclavas, el maltrato y la violación sistemática sufrida a lo largo de meses o años ocasionaba problemas psicológicos y físicos aun después de haber escapado. Casi 40% tuvo ideas suicidas durante esa terrible experiencia o después. A menudo se culpaban por no haber descubierto las tácticas engañosas del reclutamiento. Durante el trayecto corrían el riesgo de ser arrestadas o de morir por las condiciones tan rudimentarias de transporte y el cruce tan peligroso de fronteras. Los traficantes les confiscaban sus documentos de identificación, amenazándolas con matarlas a ellas o a su familia si intentaban huir. Sufrían hambre, vivían en completo aislamiento y las obligaban a consumir drogas para someterlas. Más de 96% de ellas sufrió agresiones físicas o sexuales; el 100% debió realizar el acto sexual sin protección, acceder al sexo oral y anal, y a la violación tumultuaria. La mayoría tenía que atender de 10 a 25 clientes en una noche; algunas hasta de 40 a 50. El 25% se embarazó por lo menos una vez y abortó contra su voluntad (Van Hook y colaboradores, 2006; Zimmerman y colaboradores, 2003).

Las organizaciones femeninas y otros grupos de derechos humanos pugnan por la educación de la mujer y su facultamiento con el propósito de erradicar el nexo entre pobreza y explotación sexual. En muchos países los organismos privados han diseñado programas para ayudar a escapar al tráfico de personas. Por desgracia han tenido poco éxito los esfuerzos por conseguir una ayuda importante del gobierno y las empresas; el historial de Estados Unidos es sombrío cuando se trata de luchar contra el tráfico internacional. Es el único miembro de las Naciones Unidas, junto con Somalia, que no ratificó la Convención de los Derechos del Niño ni el Protocolo para Impedir, Suprimir y Castigar el Tráfico de Personas. Más aún, en 2002 el presidente George Bush revocó la participación de su país en el Estatuto Europeo de Roma que el presidente Bill Clinton había firmado en 1999 y que creaba un tribunal internacional para procesar a los traficantes (Farr, 2004; Meyer, 2006). Una investigación especializada en la materia señala que los líderes norteamericanos quieren evitar someterse al juicio de esas autoridades dada la complicidad del ejército en el tráfico dentro de “las ciudades campamento” de Corea del Sur: los soldados, que supuestamente luchan por la libertad en todo el mundo, realizan actividades denigrantes que reprimen a niñas y mujeres inocentes, ayudando a los criminales a obtener ganancias” (Meyer, 2006, p. 255).

La *Trafficking Victims Protection Act* de 2000 convirtió en delito federal el tráfico humano en el territorio de Estados Unidos. Antes de promulgarse esa ley, no había ninguna otra que protegiera a las víctimas. Las mujeres introducidas en el país contra su voluntad pueden ahora obtener una visa especial que les permite solicitar la ciudadanía al cabo de tres años (Melby, 2004). ■



© Way Gary/Corbis Sygma

Estas jóvenes prostitutas de Svac Pack (Camboya) deben soportar la dureza de una vida que probablemente no habrían elegido si hubieran tenido otro trabajo para mantener a su familia.



Sexo y política

Aspectos legales de la prostitución

La situación legal de la prostitución lleva años debatiéndose en Estados Unidos. Hay por lo menos tres alternativas: legalización, descriminalización y despenalización. En caso de legalizarse, el gobierno la regularía, la autorizaría y la gravaría. Quienes la ejercen deberán registrarse y cumplir ciertos requisitos —por ejemplo, como sucede en Nevada, someterse a revisiones periódicas de infecciones de transmisión sexual— si quieren conservar la licencia. (Las revisiones no eliminarían el riesgo de clientes infectados con VIH.) Una persona puede arrojar resultados negativos porque el VIH tarda hasta seis meses en aparecer en una prueba después de contraído.

Si se descriminalizara, las sanciones a los clientes y prostitutas se eliminaría, pero ellas no estarían sujetas a ninguna regulación ni permiso. Se mantendrían las leyes contra la búsqueda de clientes y contra la participación de menores aunque se legalizara o descriminalizara la actividad (McElroy, 1995).

Los defensores de una u otra de esas medidas señalan la dificultad de un procesamiento justo y eficaz. La prostitución florece a pesar de las sanciones en contra de ella, y su situación criminal podría favorecer su alianza con el crimen organizado dificultando aún más la rehabilitación de las prostitutas (a quienes no les sería fácil encontrar otro tipo de trabajo una vez *fichadas*) (Weiner, 1996). No sabemos si su vida mejoraría o no con la descriminalización o la legalización. En la investigación que Farley efectuó en nueve países, 46% de ellas no pensaba que estarían más seguras en caso de legalizarse la prostitución (Farley, 2004).

Algunos gobiernos han legalizado la actividad en parte para generar más ingresos. En los Países Bajos se estima que los recaudados con el impuesto correspondiente ascienden a 57 millones de dólares anuales (Global Agenda, 2003). Otros países están examinando la conveniencia de regular o legalizar los burdeles para obtener ingresos, así como para controlar el crimen y los riesgos de salud propiciados por la prostitución (Passariello, 2002). Las leyes menos fuertes ofrecen algunas ventajas a las sexoservidoras. Desde enero de 2002 en Alemania, como parte de las nuevas normas, quienes trabajan en burdeles legales gozan de los derechos de empleo completo, seguro de gastos médicos y vacaciones pagadas (Landler, 2006). Estos beneficios no se extienden a las que han sido introducidas ilegalmente en un país. Así, aproximadamente 70% de las prostitutas de Amsterdam deben operar ilegalmente sin que puedan exigir los beneficios laborales otorgados al 30% restante (Leuchtag, 2003; Passariello, 2002).

Melissa Farley recomienda la despenalización del trabajo sexual, complementada con una persecución rigurosa de los clientes, *padrotes*, dueños de burdeles y traficantes de mujeres. Esta recomendación la han atendido algunos países, como Corea del Sur, Suecia, Vietnam y Venezuela: multan y encarcelan a clientes, proxenetas y dueños de burdeles proporcionando al mismo tiempo asistencia médica, educativa y económica a las trabajadoras sexuales para ayudarlas a escapar de la prostitución (Farley, 2004). ■

Se piensa erróneamente que esta actividad es un “delito sin víctimas”, que no daña a los participantes. Dada la alta frecuencia de abuso sexual y físico de los niños en la historia de la prostitución, ante la gravedad del maltrato físico y psicológico que ésta entraña, rara vez carece de víctimas. Más aún, para que no hubiera víctimas, quienes la practican deberían hacerlo con un consentimiento auténtico y absoluto. Esta condición sólo se cumpliría cuando hubiera otras opciones económicas, cuando tuvieran el mismo poder que sus clientes y cuando se garantizara su integridad física (Farley, 2004).

Algunas prostitutas se han organizado para lograr un cambio de políticas y ayudarse unas a otras. Fundaron en 1973 el sindicato coyote (siglas de Call Off Your Old Tired Ethics) para hacerlo portavoz de sus intereses colectivos (Klinger, 2003). Los programas de servicio social ofrecen asistencia en la búsqueda de empleo, atención médica y asesoría en salud mental para quienes deseen salirse del negocio. En la tabla 18.1 de la página 592 se incluyen las clases de ayuda que las participantes en la investigación de Farley dijeron que necesitaban para dejar la prostitución.



R E S U M E N

Pornografía

- La *pornografía* se define como el material sexual explícito (imágenes o texto por ejemplo) cuyo fin es provocar la excitación sexual.
- Entre las características de la erótica figuran afecto, respeto mutuo y placer.
Los materiales pornográficos diseñados para hombres y mujeres heterosexuales, homosexuales y lesbianas presentan características especiales que atraen a esos grupos.
- Internet ha aumentado la disponibilidad de pornografía infantil y facilitado además la detección y el enjuiciamiento de los pornógrafos de niños.
- He aquí algunos avances modernos que, poco después de su invención, empezaron a utilizarse para producir pornografía: máquina de imprimir, fotografía, películas, televisión por cable, vcr, Internet y las tecnologías inalámbricas.
- Con el propósito de determinar qué es “obsceno”, la Suprema Corte estableció tres criterios: el tema dominante de la obra debe despertar intereses lascivos, ofender las normas actuales de la comunidad y carecer de valor literario, artístico, político o científico serio.
- La garantía de la libertad de expresión y de prensa en la *Primera Enmienda* de la Constitución de Estados Unidos no se aplica indiscriminadamente a materiales obscenos.
- Al aumentar la disponibilidad y la legalización de la pornografía en Dinamarca, no se registró un incremento en los delitos sexuales.
- En el informe de 1970 de la Commission on Obscenity and Pornography se recomendó que las leyes que prohíben el acceso a la pornografía para adultos deben eliminarse, pero no se atendió la recomendación. El controvertido informe de 1986 emitido por la Commission on Pornography del procurador general de Justicia no aportó suficientes pruebas en favor de sus conclusiones.
- En los últimos años han crecido las multas y juicios por “indecencia” contra las compañías de radio y televisión.
- Hay argumentos en favor y en contra de los efectos positivos o dañinos de los materiales sexuales explícitos.

Prostitución y sexoservicio

- La *prostitución* designa el intercambio de servicios sexuales por dinero.
- La investigación indica que en Estados Unidos, 10% de los hombres intercambiaron dinero por sexo en el último año.
- El sexoturismo se ha vuelto común entre las mujeres de países desarrollados que viajan a regiones del tercer mundo.
- Las categorías generales de prostitución son las siguientes: prostitutas y prostitutas callejeras, mujeres en los burdeles o en las salas de masaje, citas de prostitución por teléfono y *gírgolos*.
- Casi la mitad de quienes practican la prostitución se inicia antes de los 18 años de edad.

- Internet está transformando la prostitución, pues ofrece más autonomía y seguridad a algunas personas.
- La necesidad y los incentivos económicos suelen ser factores decisivos para que alguien se dedique a la prostitución.
- Un alto porcentaje de quienes ejercen la actividad sufren el síndrome de estrés postraumático debido a la tensión, el peligro y la violencia tan prolongadas que entraña el sexo comercial.
- A menudo las prostitutas reciben más dinero a cambio de aceptar el sexo sin protección.
- El tráfico de mujeres y de niños es un problema a nivel mundial; los traficantes asechan a gente vulnerable debido a la pobreza, las guerras o la inestabilidad política.
- Tres alternativas a la situación criminal de la prostitución son la legalización, la descriminalización y la penalización.

► Lecturas recomendadas

Lane, Frederick (2006). *The Decency Wars: The Campaign to Cleanse American Culture*. Amherst, Nueva York: Prometheus Books. El autor es un especialista en la *Primera Enmienda* y muestran convincentemente la tensión entre moral y política en los conceptos referentes a la decencia pública.

Levy, Ariel (2005). *Female Chauvinist Pigs: Women and the Rise of Raunch Culture*. Nueva York: Free Press. La autora sostiene que utilizar el sexoservicio como un modelo de lo sexy no faculta a las mujeres; por el contrario, simplifica la riqueza y complejidad de la sexualidad femenina.

Malarek, Victor (2003). *The Natashas: Inside the New Global Sex Trade*. Nueva York: Arcade Publishing. Un periodista ganador de un premio de periodismo de investigación en Canadá revela el tráfico de mujeres y niñas en Europa oriental por redes del crimen organizado que prosperan bajo la protección de un patrón generalizado de corrupción gubernamental.

McElroy, Wendy (1995). *A Woman's Right to Pornography*. Nueva York: St. Martin's Press. Un libro que pone de relieve la importancia que la libertad de expresión sexual tiene para las mujeres.

► Recursos en la Web

Sitio web CengageLearning

Visite www.cengage.com/highered para enlazarse con diversos recursos, como preguntas de repaso, actividades interactivas, vínculos con Internet, ejercicios de pensamiento crítico, foros de discusión y muchos otros servicios. También puede acceder a los sitios desde el Wadsworth Psychology Study Center (<http://psychology.wadsworth.com>) o conectarse directamente a los siguientes sitios:

Nota. Tenga en cuenta que este material es independiente del libro y que las páginas que lo contienen pueden ser modificadas o eliminadas sin previo aviso.

Red de Educación de las Prostitutas

Organización que patrocina este sitio web dedicado a proporcionar información sobre legislación, salud y asuntos que afectan a las prostitutas y a otros trabajadores sexuales. El enfoque es decididamente comprensivo con la prostitución.

Investigación y Educación en torno a la Prostitución

El Centro de Mujeres de San Francisco patrocina este espacio, el cual proporciona artículos y datos sobre la naturaleza explotadora de la prostitución y la pobreza de las mujeres víctimas de ella.

Libre Expresión en Línea

Patrocinado por la Fundación de la Frontera Electrónica, este sitio web está dedicado a la Campaña Blue Ribbon para la Libertad de Expresión en Línea, un movimiento que se opone vigorosamente a la censura en la Internet.



Sitio web de apoyo a la obra en inglés

Visite el sitio web de la obra (*Our Sexuality Book Companion Website*) en

<http://latinoamerica.cengage.com/crooks> y elija la décima edición de este libro. Haga clic en "Apoyo electrónico para el estudiante". Allí encontrará herramientas que le ayudarán a aprovechar al máximo su tiempo de estudio: encuestas de actitud, crucigramas, temas de ensayo, tarjetas mnemotécnicas de los principales conceptos y sus definiciones, un glosario general, preguntas de opción múltiple y falso-verdadero, vínculos con sitios web sobre temas relacionados con cada capítulo, bibliografía general y un examen final. Asimismo, encontrará un vínculo para comprar el acceso a más material suplementario en línea: CengageNow.



CengageNow ¡Exactamente lo que necesita saber AHORA!

Dedique tiempo a lo que necesita dominar, no a la información que ya aprendió. CengageNow es un paquete de recursos electrónicos que le ayudará en su aprendizaje. Realice una prueba preliminar del capítulo, y CengageNow generará un plan personalizado de estudio a partir de sus resultados. El plan identificará los temas que debe repasar y lo dirigirá a los recursos en línea que le servirán para dominarlos. Después efectuará una prueba para determinar los conceptos que ya aprendió y aquellos en los que todavía debe trabajar. Visite el sitio www.cengage.com/login si ya tiene su código de acceso. Si no cuenta con él, siga el vínculo *Buy Now*. Escriba *Our Sexuality* en el campo de título. Elija la décima edición de este libro. Haga clic sobre la opción *CengageNow*. Se desplegará una solicitud de acceso y los precios en dólares americanos.



Biblioteca en línea InfoTrac College Edition

Investigue si su institución cuenta con un convenio de uso de InfoTrac, una de las mejores y más vastas bibliotecas en línea del mundo en el ámbito educativo. Conéctese a www.cengage.com/login para acceder a InfoTrac College Edition, biblioteca de consulta en línea que contiene multitud de revistas, muchas exclusivamente sobre la sexualidad humana: *Archives of Sexual Behavior*; *Archives of Sexual Health Behavior*; *Canadian Journal of Human Sexuality*; *Hispanic Journal of the Behavioral Sciences*; *Journal of Cross-Cultural Psychology*; *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*; *Journal of Sex Research* y *Sex Roles*.

Aborto espontáneo Expulsión espontánea del feto al inicio del embarazo, antes de que pueda sobrevivir por sí solo.

Aborto voluntario Procedimiento médico para interrumpir el embarazo.

Abuso sexual infantil Hecho de que un adulto tenga contacto sexual de cualquier tipo con un niño; por ejemplo, caricias inapropiadas, estimulación oro-genital y coito.

Afrodisíaco Sustancia que se dice aumenta el deseo sexual y la capacidad de la actividad sexual.

Alumbramiento Expulsión de la placenta y del saco o bolsa amniótica por la vagina, después del parto.

Amenorrea Ausencia de menstruación.

Amigos con derechos Interacción sexual entre amigos que no definen su relación como romántica.

Amor apasionado Estado de absorción extrema con otra persona. También conocido como *amor romántico*.

Amor de compañía Un tipo de amor caracterizado por afecto amistoso y vínculo profundo basado en la familiaridad con la persona amada.

Anafrodisíaco Sustancia que inhibe el deseo y el comportamiento sexual.

Andrógenos Clase de hormonas que favorecen el desarrollo de los genitales y los caracteres sexuales del varón e influyen en

la motivación sexual en hombres y mujeres. Son producidas por las glándulas suprarrenales en el hombre y la mujer, y por los testículos en el hombre.

Androginia Combinación de conductas masculinas y femeninas típicas en un individuo.

Anilingus Estimulación oral del ano.

Asfixia autoerótica Intensificación de la excitación sexual y del orgasmo mediante la privación de oxígeno.

Asumirse o salir del clóset Proceso de darse cuenta y descubrir o revelar la propia identidad homosexual.

Atractivo físico Belleza física, la cual es un poderoso factor para que los amantes se atraigan uno al otro.

Autoselección Sesgo introducido en los resultados de una investigación debido al deseo de contestar de los participantes.

Autosomas Los 22 pares de cromosomas humanos que no ejercen un influjo significativo en la diferenciación sexual.

Bisexualidad Atracción sexual por hombres y mujeres.

Blastocisto Descendiente multicelular de la unión del espermatozoide y el óvulo que se implanta en la pared del útero.

Bondage o esclavitud Conducta sexual en la que un individuo obtiene placer sexual al ser encadenado, atado o sometido a otro tipo de restricción.

Borramiento cervical

Aplanamiento y adelgazamiento del cérvix que ocurre antes y durante el parto.

Bulbos vestibulares Dos protuberancias, una a cada lado del orificio de la vagina, que se llenan de sangre durante la excitación sexual.

Burdel Casa donde trabaja un grupo de prostitutas.

Calostro Líquido secretado por los pechos durante las últimas etapas del embarazo y los primeros días después del parto.

Candidiasis Infección inflamatoria del tejido vaginal causada por un hongo parecido a la levadura, el *Candida albicans*.

Características sexuales secundarias Atributos físicos aparte del desarrollo genital, que indican la madurez sexual, como el vello corporal, los senos y el cambio de voz.

Carga viral Cantidad de VIH presente en la sangre de una persona infectada.

Castración Extirpación quirúrgica de los testículos.

Celibato completo Expresión de la sexualidad en la cual un individuo no tiene masturbación ni contacto sexual interpersonal.

Celibato parcial Expresión de la sexualidad en la que un individuo no tiene contacto sexual interpersonal, pero sí practica la masturbación.

Celibato Término definido tradicionalmente como condición de soltero; hoy significa la abstención de relaciones sexuales.

Células intersticiales Son aquellas localizadas entre los túbulos seminíferos que son la mayor fuente de andrógenos en los varones.

Cercanía Proximidad de una persona con otra, la cual es un factor importante en la atracción interpersonal.

Cerebro La parte más grande del encéfalo, formada por dos hemisferios.

Cesárea Procedimiento en que el bebé es extraído a través de una incisión en el abdomen y el útero.

Chancro Ulceración rojiza, inflamada e indolora que es sintomática de la primera etapa de la sífilis.

Cigoto La célula que resulta de la unión de óvulos y espermatozoides.

Circuncisión Remoción quirúrgica del prepucio del pene.

Cistitis Infección de la vejiga.

Clamidia Infección urogenital ocasionada por la bacteria *Chlamydia trachomatis*.

Clismafilia Variante inusual de la expresión sexual en la cual un individuo obtiene placer sexual al recibir enemas.

Clítoris Estructura sumamente sensible de los genitales externos de la mujer, cuya única función es procurar el placer sexual.

Cohabitación o concubinato Vida en pareja y tener relaciones sexuales sin estar casados.

Compromiso El componente pensante de la teoría triangular del amor de Sternberg.

Compuestos progestacionales Clase de hormonas, como la progesterona, que se produce en los ovarios.

Condón Cubierta que se coloca sobre el pene y que se usa para evitar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

Conducta sadomasoquista Combinación de la expresión sexual con el dolor.

Conducto deferente Tubo que transporta espermatozoides; empieza en el testículo y termina en la uretra.

Conjuntivitis Inflamación de la mucosa que recubre la superficie interna del párpado y la superficie expuesta del globo ocular.

Coprofilia Parafilia en la que una persona se excita sexualmente mediante el contacto con heces.

Cordón espermático Canal conectado al testículo que contiene el conducto deferente, vasos sanguíneos, nervios y fibras del músculo cremastérico.

Corona Borde del glande.

Corteza cerebral Capa exterior de los hemisferios cerebrales que controla los procesos mentales superiores.

Criptorquidia Un problema en el que los testículos no descienden de la cavidad abdominal a la bolsa escrotal.

Cromosomas sexuales Serie individual de cromosomas que influye en la determinación del sexo biológico.

Cuerpo La parte del pene que está entre el glande y el cuerpo.

Cuerpo calloso Banda ancha de fibras nerviosas que conecta los hemisferios izquierdo y derecho del cerebro.

Cuerpo esponjoso Cilindro que forma un bulbo en la base del pene y que se extiende hasta el cuerpo del pene para formar el glande.

Cuerpos cavernosos Estructuras dentro del cuerpo del pene o del

clítoris que se llenan de sangre durante la excitación sexual.

Cunnilingus Estimulación oral de la vulva.

Curetaje por succión Un procedimiento en el cual la abertura cervical es expandida usando dilatadores de metal graduados o laminaria; luego se inserta un pequeño tubo de plástico unido a una aspiradora para extraer el tejido fetal, la placenta y la cubierta uterina.

Depresión posparto (PPD) Síntomas de depresión y posibles pensamientos obsesivos de lastimar al bebé.

Dilatación y evacuación Un procedimiento abortivo en el que se usa una cureta y un equipo de succión.

Disforia de género Malestar que alguien siente por su sexo biológico o por su rol de género.

Disfunción de aversión sexual Miedo extremo o irracional a la actividad sexual.

Disfunción eréctil (ED) Consistente o recurrente falta de erección con la rigidez suficiente para la penetración sexual, por un periodo, al menos, de tres meses.

Disfunción orgásmica femenina Ausencia, retraso notable o intensidad disminuida del orgasmo.

Disfunción orgásmica masculina La incapacidad de que un hombre eyacule durante la estimulación sexual de su pareja.

Disfunción de la excitación sexual subjetiva y genital combinada Excitación sexual física y subjetiva ausente o disminuida.

Disfunción de la excitación sexual genital femenina Incapacidad persistente para conseguir o mantener la respuesta de lubricación-hinchazón.

Disfunción de la excitación sexual persistente Excitación genital espontánea, intrusiva y no deseada.

Disfunción de la excitación sexual subjetiva femenina Conciencia ausente o disminuida de excitación sexual física.

Dismenorrea Nombre que se da a la menstruación dolorosa.

Dispareunia Dolor o incomodidad durante la relación sexual.

Dispositivo intrauterino (DIU) Pequeño dispositivo plástico que se inserta en el útero para la anticoncepción.

Dopamina Neurotransmisor que facilita la excitación y la actividad sexual.

Ducha Limpiar la vagina con agua o con varias soluciones. No es necesaria para la higiene y a menudo irrita la vagina.

Ectoparásitos Organismos parásitos que viven en las superficies externas de la piel.

Efecto a la exposición Fenómeno en el cual la exposición repetida a la novedad tiende a aumentar el gusto individual por tal estímulo.

Ejercicios de Kegel Serie de ejercicios que fortalecen los músculos situados bajo los genitales externos del hombre o de la mujer.

Emisión nocturna Eyaculación involuntaria durante el sueño, también conocida como *sueño húmedo*.

Empatía mutua El conocimiento de que cada uno de los miembros de una relación se preocupa por el otro y sabe que esto es recíproco.

Encuesta Método de investigación en el cual a una muestra de individuos se les pregunta sobre su conducta, actitudes o ambas.

Enfermedad de Peyronie Tejido anormal fibroso y depósitos de calcio en el pene.

Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) Infección en el útero y en la cavidad pélvica.

Enfermedades de transmisión sexual (ETS) Enfermedades que se transmiten por contacto sexual, también conocidas como Infecciones de Transmisión (ITS).

Epidídimo Estructura localizada en la parte posterior de cada testículo donde ocurre la maduración de los espermatozoides.

Episiotomía Incisión que en ocasiones se practica en el perineo durante el parto.

Erección Proceso por el cual el pene o el clítoris se llenan de sangre y aumentan de tamaño.

Erótica Descripciones respetuosas y afectuosas de la sexualidad.

Escroto La bolsa de piel de los genitales externos masculinos que contiene los testículos.

Esmegma Sustancia con parecido al queso, mezcla de secreciones glandulares y células que a veces llega a acumularse bajo el prepucio del pene o bajo el capuchón del clítoris.

Espermaticidas vaginales Espuma, crema, jalea, supositorios y película que contienen una sustancia que mata los espermatozoides.

Espermatozoide Célula reproductora masculina.

Estereotipo Concepto generalizado de lo que es un individuo con base en su raza, sexo, religión, origen étnico u otros criterios similares.

Esterilización transcervical Método de esterilización femenina que usa un pequeño alambre, el cual se inserta a través de la vagina, el cérvix y el útero al interior de las trompas de Falopio.

Estrógenos Clase de hormonas que dan origen a las características

sexuales secundarias de la mujer y que afectan el ciclo menstrual.

Estudio de caso Método no experimental de investigación que examina a un sujeto o a un grupo pequeño de sujetos individualmente y en profundidad.

Exhibicionismo Acción de mostrar los genitales a un observador involuntario.

Eyaculación Proceso por el cual el semen es expulsado del cuerpo a través del pene.

Eyaculación precoz Patrón de eyaculaciones dentro de 2 minutos e incapacidad para retardarlas, resultando en impedir el placer propio o el de la pareja.

Eyaculación retrógrada Proceso por el cual el semen es expulsado hacia la vejiga en vez de hacerlo hacia el exterior del cuerpo.

Fase de emisión Primera fase del orgasmo masculino donde el líquido seminal se acumula en el bulbo uretral.

Fase de excitación Término usado por Masters y Johnson para la primera fase del ciclo de respuesta sexual, en el cual se hinchan los órganos sexuales y aumenta la tensión muscular, la frecuencia cardíaca y la presión sanguínea.

Fase de expulsión Segunda etapa del orgasmo masculino donde el semen es expulsado a través del pene mediante contracciones musculares.

Fase de meseta Término usado por Masters y Johnson para referirse a la segunda fase del ciclo de respuesta sexual durante la cual aumentan la tensión muscular, la frecuencia cardíaca, la presión sanguínea y la vasocongestión.

Fase de resolución Cuarta fase del ciclo de respuesta sexual de Masters y Johnson, en el cual los sistemas sexuales regresan a su estado de no excitación.

Felación Estimulación oral del pene.

Feromonas Algunos olores producidos por el cuerpo que se relacionan con las funciones reproductoras.

Fertilización *in vitro* (IVF) Procedimiento en el que los óvulos son extraídos de un ovario y fertilizados en un plato de laboratorio.

Fetichismo travesti Conducta sexual en la cual un individuo se excita vistiéndose con ropa considerada del otro sexo.

Fetichismo Conducta sexual en la cual una persona logra la excitación sexual principal o exclusivamente con un objeto inanimado o una parte determinada del cuerpo.

Fimosis Problema caracterizado por un frenillo muy apretado.

Frenillo Porción de piel muy sensible que conecta el glande con el cuerpo, por debajo del pene.

Froteurismo Parafilia bastante común en la cual una persona obtiene placer sexual presionando o frotando su cuerpo con el de otra persona en un lugar abarrotado de gente.

Gay Anglicismo para designar a un hombre homosexual.

Género Características psicológicas y socioculturales asociadas con el sexo.

Glande La cabeza del clítoris o del pene; está abundantemente dotada con terminaciones nerviosas.

Glándulas de Bartholin Dos glándulas pequeñas localizadas ligeramente en el interior del orificio vaginal que secretan unas cuantas gotas de líquido durante la excitación sexual.

Glándulas de Cowper Dos glándulas del tamaño de un chícharo localizadas en la base de la uretra que secretan un líquido

alcalino durante la excitación sexual.

Gónadas Glándulas sexuales del hombre y de la mujer: ovarios y testículos.

Gonadotropina coriónica humana (HGC) Hormona que es detectable en la orina de una mujer embarazada en el primer mes después de la concepción.

Gonadotropinas Hormonas pituitarias que estimulan la actividad de las gónadas (testículos y ovarios).

Gonorrea Enfermedad de transmisión sexual que inicialmente provoca inflamación de las mucosas.

Guiones sexuales Formas culturalmente aprendidas de conducirse en situaciones sexuales.

Hemisferios Los dos lados (derecho e izquierdo) del cerebro.

Hepatitis viral Enfermedad en la que la función hepática se ve afectada por una infección viral.

Herpes Enfermedad caracterizada por ampollas en la piel de las regiones genital o bucal. Es ocasionada por el virus *Herpes simplex* y se transmite con facilidad mediante contacto sexual.

Himen Tejido que cubre parcialmente el orificio de la vagina.

Hipogonadismo Trastorno de la producción hormonal en los testículos que produce deficiencia de testosterona.

Hipotálamo Estructura pequeña situada en el núcleo central del cerebro que controla la hipófisis y regula la conducta motivada, así como la expresión de emociones.

Homofobia Temores irracionales hacia la homosexualidad, el temor de la posibilidad de ser homosexual o el odio hacia la propia homosexualidad del individuo.

Homosexual Personas cuya principal orientación erótica, psicológica, emocional y social es hacia personas del mismo sexo.

Hormonas esteroideas Las hormonas sexuales y las hormonas de las glándulas suprarrenales.

Hormonas neuropéptidas Sustancias producidas en el cerebro que influyen en la sexualidad y otras funciones del comportamiento.

Hostigamiento sexual Avances sexuales indeseables, la petición de favores sexuales y otras conductas verbales o físicas de índole erótica en el trabajo o en la escuela.

Identidad de género Manera de percibirse como varón o como mujer desde el punto de vista psicológico.

Incesto Contacto sexual entre dos parientes (uno de los cuales suele ser niño) que no sean cónyuges.

Inconformidad de género Falta de conformidad con los comportamientos masculinos y femeninos estereotipados.

Inseminación artificial Procedimiento médico en el que el semen es depositado en la vagina, el cérvix o el útero de la mujer.

Inteligencia sexual Incluye lo siguiente: conocimiento de sí mismo, habilidades sexuales interpersonales, conocimiento científico y consideración del contexto cultural de la sexualidad.

Intercambio de pareja Intercambio de parejas maritales para la interacción sexual.

Intersexual Término que se aplica a quien posee atributos biológicos de ambos sexos.

Intimidad Componente emocional de la teoría triangular del amor de Sternberg.

Introito Orificio de la vagina.

Investigación experimental

La que se efectúa en condiciones de laboratorio rigurosamente controladas, para medir de manera objetiva las reacciones del sujeto.

Inyección espermática intracitoplasmática (IVI)

Procedimiento en el cual un solo espermatozoide es inyectado en un óvulo.

Koro Término comúnmente utilizado para referirse al síndrome de retracción genital.

Labios mayores Labios externos de la vulva.

Labios menores Labios internos de la vulva, uno a cada lado del orificio de la vagina.

Lesbiana Mujer homosexual.

Ligadura de trompas

Esterilización femenina a través de la ligadura o el corte de las trompas de Falopio.

Ligues Relaciones cortas de tipo sexual que ocurren durante un breve intervalo de tiempo.

Loquios Flujo uterino sanguinolento que ocurre después del parto.

Madre sustituta Mujer que es inseminada artificialmente por el hombre de una pareja sin hijos, lleva el embarazo, da a luz al bebé y lo entrega en adopción a la pareja.

Masochismo sexual Consiste en lograr la excitación sexual recibiendo dolor físico o psicológico.

Masturbación Estimulación de los propios genitales para producir placer sexual.

Matrimonio abierto Un matrimonio en el que los cónyuges, con permiso mutuo, tienen relaciones íntimas con otras personas al igual que con su pareja marital.

Método de días estándar Método de control natal que requiere que la

pareja evite el coito sin protección durante un periodo de 12 días justo en medio del ciclo menstrual.

Método de la temperatura corporal basal Método de control natal basado en los cambios de temperatura corporal que ocurren antes y después de la ovulación.

Método del calendario Método de control natal basado en la abstinencia durante los días fértiles estimados a través del calendario.

Método del moco Método de control natal basado en la determinación de la ovulación a través de los cambios cíclicos del moco cervical.

Métodos de detección de la fertilidad Métodos de control natal que usan los signos de fertilidad cíclica para prevenir o planear la concepción.

Miotonía Tensión muscular.

Monte de Venus Traducción literal de la frase latina *mons veneris*. Venus era la diosa romana del amor y la belleza. El monte de Venus es la zona que recubre el hueso púbico. Consta de almohadillas de tejido adiposo situado entre el hueso púbico y la piel. El tacto y la presión ejercidos sobre él procuran placer erótico por la presencia de numerosas terminaciones nerviosas. En la pubertad se cubre de vello, cuyo color, textura y grosor varían según la mujer. En ocasiones, estas diferencias constituyen una preocupación femenina.

Mucosa Término colectivo que designa las membranas mucosas; tejido húmedo que recubre ciertas partes del cuerpo, como la uretra del pene, vagina y boca.

Muestra aleatoria Subgrupo de una población que ha sido elegido al azar.

Muestra representativa Tipo de muestra limitada que representa fielmente una mayor población objetivo de interés.

Mujer androgenizada durante el periodo fetal Mujer cromosómicamente normal (XX) que por una excesiva exposición a los andrógenos durante la diferenciación sexual prenatal desarrolla genitales externos semejantes a los del hombre.

Multiorgasmia Más de un orgasmo experimentado en un breve periodo de tiempo.

Necrofilia Parafilia poco común en la que se obtiene placer sexual viendo un cadáver o copulando con él.

No respuesta Negativa a participar en una investigación.

Obscenidad Término que refleja un juicio personal o social de que algo es ofensivo.

Observación directa Método de investigación en el que se observa a los sujetos mientras realizan sus actividades ordinarias.

Orgasmo Serie de contracciones de los músculos del suelo pélvico que ocurren durante el pico de la excitación sexual.

Orgasmo nocturno Orgasmo involuntario durante el sueño.

Orientación sexual Atracción sexual hacia el propio sexo (homosexual), hacia el otro sexo (heterosexual), hacia personas de uno u otro sexo (bisexual), o falta de interés sexual hacia personas de cualquier sexo (asexual).

Orquidectomía Procedimiento quirúrgico para extirpar los testículos.

Ovarios Gónadas femeninas que producen óvulos y hormonas sexuales.

Óvulo Célula reproductora femenina.

Oxitocina Neuropeptido producido en el hipotálamo que influye en la respuesta sexual y la atracción interpersonal.

Parafilia Término con que se designan tipos poco comunes de la expresión sexual.

Parto preparado Parto que sigue un proceso de educación que puede incluir información, ejercicios, respiración y trabajar con un *coach* al momento del trabajo de parto.

Pedofilia, o abuso infantil Contacto sexual entre un adulto y un niño sin ningún parentesco.

Pene Órgano sexual masculino formado por la raíz interna, el cuerpo externo y el glande.

Penetración o intromisión Inserción del pene en la vagina

Perineo Área comprendida entre la vagina y el ano en la mujer, y entre el escroto y el ano en el hombre.

Periodo de refracción Posterior al orgasmo del varón durante el cual no puede lograr otro orgasmo.

Periodo posparto Las primeras semanas posteriores al parto.

Piojos púbicos Parásitos que infectan principalmente el vello púbico y que se transmiten por contacto sexual.

Placenta Órgano en forma de disco adherido a la pared uterina y conectado al feto mediante el cordón umbilical. A través de las paredes celulares de la placenta, madre y feto intercambian nutrientes, oxígeno y productos de desecho.

Pornografía Material sexual explícito (imágenes o textos por ejemplo) cuyo fin es producir excitación sexual.

Prepucio Cubierta de piel sobre el glande del pene; en la mujer, capuchón del clitoris.

Primera etapa del trabajo de parto Fase inicial del parto en la cual empiezan contracciones regulares y el cérvix se dilata.

Prostaglandina Hormonas usadas para inducir contracciones uterinas y la expulsión del feto en abortos realizados durante el segundo trimestre del embarazo.

Prostitución Intercambio de servicios sexuales por dinero.

Pseudohermafroditas Individuos cuyas gónadas corresponden a su sexo cromosómico, pero cuya anatomía reproductora interna y externa atiende una combinación de estructuras masculinas y femeninas o que no son completamente masculinas ni tampoco femeninas.

Psicosocial Designa una combinación de factores psicológicos y sociales.

Pubertad Un periodo de cambios físicos rápidos al inicio de la adolescencia durante el cual maduran los órganos reproductivos.

Punto Grafenberg (G) Área dentro de la pared anterior (o frontal) de la vagina. Algunas mujeres sienten placer sexual, excitación, orgasmo y una eyaculación de fluidos al ser estimuladas en él.

Raíces En la mujer, extremos internos de los cuerpos cavernosos que se conectan con los huesos de la pelvis.

Raíz La porción del pene que se extiende al interior de la cavidad pélvica.

Reciprocidad El principio de que cuando recibimos expresiones de cariño o agrado, tendemos a responder de igual manera.

Relación extramarital Interacción sexual de una persona casada con alguien que no es su cónyuge.

Relación extramarital consensuada Una relación sexual que ocurre fuera del matrimonio con el consentimiento del cónyuge.

Rol de género Conjunto de actitudes y conductas que una

cultura considera normal y apropiado para los miembros de un sexo.

Rugosidades Pliegues de tejido en la vagina.

Rubor sexual Enrojecimiento que puede aparecer en el pecho o los senos durante la excitación sexual.

Sadismo sexual Consiste en conseguir la excitación sexual causando dolor físico o psicológico.

Sarna Infestación ectoparásita de diminutos ácaros.

Segunda etapa del trabajo de parto Fase intermedia del trabajo de parto en la cual el bebé desciende a través del canal de parto.

Semen o líquido seminal Fluido viscoso eyaculado a través del pene que contiene espermatozoides y fluidos de la próstata, las vesículas seminales y las glándulas de Cowper.

Serotonina Neurotransmisor que inhibe la excitación y la actividad sexual.

Sesgo demográfico Tipo de error muestral en el cual algunos segmentos de la sociedad (blancos, clase media, profesionales) están sobrerrepresentados en la población objetivo).

Sexo Masculinidad y feminidad biológicas.

Sexo extramarital no consensuado Interacción sexual en la que una persona casada participa en una relación sexual externa sin el consentimiento o conocimiento del cónyuge.

Sexo sin coito Contacto físico que incluye besos, caricias y estimulación manual u oral, pero sin coito.

Sífilis Enfermedad de transmisión sexual causada por la bacteria llamada *Treponema pallidum*.

Simular o pasar Presentar una falsa imagen de ser heterosexual.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) Enfermedad catastrófica en la que un virus (VIH) invade el sistema inmunológico y destruye su capacidad de combatir las enfermedades.

Síndrome de insensibilidad a los andrógenos Anomalía debida a un defecto genético que hace a los varones cromosómicamente normales insensibles a la acción de la testosterona y de otros andrógenos. Los afectados tienen genitales externos femeninos de aspecto normal.

Síndrome de Klinefelter Anomalía caracterizada por la presencia de dos cromosomas X y un cromosoma Y (XXY); los afectados tienen genitales masculinos externos de tamaño pequeño.

Síndrome de retracción genital Extraño fenómeno con un componente cultural en el que el hombre cree que su pene se está encogiendo y retrayendo dentro de su cuerpo.

Síndrome de Turner Anomalía poco frecuente que se caracteriza por la presencia de un cromosoma X no pareado (XO); los individuos afectados tienen genitales externos femeninos normales, pero sus estructuras reproductoras internas no se desarrollan por completo.

Síndrome de vestibulitis vulvar Una pequeña área en la entrada de la vagina que causa dolor severo.

Síndrome del alcoholismo fetal (FAS) Síndrome en bebés causado por el consumo de alcohol de la madre durante el embarazo; se caracteriza por defectos cardíacos congénitos, daño cerebral y al sistema nervioso, numerosas malformaciones físicas del feto y un CI por debajo de lo normal.

Síndrome premenstrual (PMS) Expresión global con que se designa una multitud de síntomas físicos y psicológicos que pueden presentarse antes del periodo menstrual.

Síntomas prodrómicos Síntomas que advierten de una inminente erupción por herpes.

Sistema límbico Sistema cerebral subcortical compuesto por varias estructuras interrelacionadas que influye en el comportamiento sexual de los humanos y de otros animales.

Socialización Proceso por el cual la sociedad transmite sus expectativas de conducta al individuo.

Sociedad de convivencia o sociedad doméstica Una pareja no casada que vive en el mismo domicilio en una relación comprometida.

Sociedad matriarcal Una sociedad en la que las mujeres llevan el nombre de la familia a través de generaciones y gobiernan los asuntos económicos y sociales de la comunidad.

Tallo Parte del clítoris entre el glándula y el cuerpo.

Tasa de fracaso Número de mujeres de cada 100 que resultan embarazadas al final de un año de haber usado un método anticonceptivo en particular.

Tecnología reproductiva asistida (ART) Técnicas de concepción extrauterina.

Terapia antirretroviral altamente activa (HAART) Estrategia para tratar a personas infectadas de VIH con tres o más medicamentos antirretrovirales.

Terapia de afirmación gay Tratamiento que ayuda a clientes homosexuales a manejar las actitudes sociales negativas.

Terapia de conversión o de reorientación sexual Terapia que ayuda a hombres y mujeres homosexuales a cambiar su orientación sexual.

Terapia hormonal Consiste en administrar un suplemento de hormonas, estrógenos, progesterona y testosterona para aliviar los problemas que surgen al disminuir la producción natural hormonal durante el climaterio femenino.

Tercera etapa del trabajo de parto Última fase del parto en la que la placenta se separa de la pared uterina y sale de la vagina.

Testículo Glándula sexual masculina que produce esperma y hormonas sexuales.

Tracoma Una forma crónica y contagiosa de conjuntivitis ocasionada por infecciones de clamidia.

Transexual Persona cuya identidad de género es la opuesta a su sexo biológico.

Transferencia intrafalopiana de cigoto (ZIFT) Procedimiento en el que un óvulo es fertilizado en el laboratorio y luego colocado en una trompa de Falopio.

Transferencia intratubárica de gameto (GIFT) Procedimiento en el cual el espermatozoide y el óvulo son colocados directamente en la trompa de Falopio.

Transgénero Adjetivo que se aplica a individuos cuyo aspecto, conductas o ambas cosas no se ajustan a los roles de género tradicionales.

Trastorno de estrés postraumático (TEPT) Problema psicológico ocasionado por la exposición a eventos extremadamente dolorosos.

Tribadismo El roce de los genitales contra otro cuerpo u otros genitales.

Tricomoniasis Forma de vaginitis causada por el protozoo unicelular *Trichomonas vaginalis*.

Túbulos seminíferos Estructuras delgadas enrolladas en el interior de los testículos en las que se producen los espermatozoides.

Uretra Tubo por donde pasa la orina proveniente de la vagina.

Uretritis Inflamación del conducto uretral.

Uretritis no gonocócica (UNG) Inflamación del conducto uretral ocasionada por organismos que no son gonococos.

Urofilia Parafilia en la que una persona logra la excitación sexual mediante el contacto con la orina.

Urología Especialidad médica que trata las enfermedades genitales y reproductivas del hombre, y los padecimientos de vías urinarias de ambos sexos.

Vagina Conducto que se abre entre los labios menores, se extiende hacia el interior del cuerpo y se dobla hacia la parte pequeña de la espalda en dirección del cérvix y el útero. Pocas mujeres han visto el interior de su vagina, pero pueden hacerlo durante sus exploraciones o revisiones de la pelvis.

Vaginismo Contracciones espasmódicas involuntarias de los músculos del tercio externo de la vagina.

Vaginosis bacteriana Infección vaginal causada por microorganismos bacterianos; es la forma más común de vaginitis en las mujeres estadounidenses.

Variable dependiente En un diseño experimental, resultado o conducta que el experimentador observa y registra sin que tenga control sobre ella.

Variable independiente En un diseño experimental, condición o componente que está bajo el

control del investigador, quien manipula y determina su valor.

Varicocele Vena dañada o inflamada en los testículos o en el conducto deferente.

Varón con déficit de dihidrotestosterona Hombre cromosómicamente normal (XY) que desarrolló genitales externos semejantes a los de la mujer debido a un defecto genético que impide la conversión prenatal de testosterona en dihidrotestosterona (DHT).

Vasectomía Esterilización masculina que consiste en cortar y cerrar los conductos deferentes.

Vasocongestión Hinchazón de los vasos sanguíneos en determinadas partes del cuerpo en respuesta a la excitación sexual.

Vasovasostomía Reconstrucción quirúrgica del conducto deferente para revertir la vasectomía.

Verdaderos hermafroditas Individuos extremadamente raros que tienen tejido ovárico y testicular en el cuerpo: sus órganos genitales externos a menudo constituyen una combinación de estructuras masculinas y femeninas.

Vérnix caseosa Sustancia cerosa protectora que se encuentra en la piel del feto.

Verrugas genitales Verrugas virales que aparecen en los genitales y que se transmiten principalmente por contacto sexual.

Vestíbulo Zona de la vulva en el interior de los labios menores. Contiene muchos vasos sanguíneos y terminaciones nerviosas; sus tejidos son sensibles al tacto. (En terminología arquitectónica, la palabra *vestíbulo* significa la entrada de una casa.) En él se hallan el orificio de la uretra y de la vagina.

Vínculo Lazo emocional intenso entre dos personas, como entre un niño y uno de sus padres, o entre amantes.

Violación Coito que ocurre sin consentimiento y que se realiza por la fuerza o bajo amenaza.

Violación de menores Coito con una persona menor de edad.

Violación durante una cita La que comete una persona conocida en una cita.

Violación por conocidos La que comete un amigo, conocido o novio, es decir, una persona conocida de la víctima.

Violación por desconocidos La que sufre alguien a manos de un agresor desconocido.

Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) Virus que destruye el sistema inmunológico y que ocasiona el sida.

Voyeurismo o escoptofilia Acción que consiste en obtener placer sexual observando —sin su consentimiento— a personas desnudas o realizando una interacción sexual.

Vulva Genitales externos de la mujer: vello púbico, monte de Venus, labios mayores y menores, clítoris, orificios urinario y de la vagina.

Zonas erógenas Áreas del cuerpo que son muy sensibles a la estimulación sexual.

Zonas erógenas primarias Áreas del cuerpo que contienen una densa concentración de terminaciones nerviosas.

Zonas erógenas secundarias Áreas del cuerpo que se han hecho sensibles a través del aprendizaje y la experiencia.

Zoofilia Parafilia en la que una persona tiene contacto sexual con animales.

- A Thomson Healthcare Company** (2006). "Continuous regimen OCs: Will U.S. see new pill?" *Contraceptive Technology Update*, 1 de enero, pNA.
- Aaronson, L.** (2005). "The mend of the affair." *Psychology Today*, sept./oct., 48.
- Aaronson, L.** (2006). "An upside to infertility?" *Psychology Today*, marzo/abril, 38.
- Abbott, W., Fiske, E., Obey, E. y Stites, J.** (2006). "Washington." *Ms.*, primavera, 21.
- Abrams, J.** (2006). "House rejects ban on same-sex marriage." *The Oregonian*, 19 de julio, p.A2.
- Adams, B., Husbands, W., Murray, J. y Maxwell, J.** (2005). "AIDS optimism, condom fatigue, or self-esteem? Explaining unsafe sex among gay and bisexual men." *Journal of Sex Research*, 42, pp. 238-248.
- Adams, T., y Rust, D.** (2006). "'Normative gaps' in sexual behaviors among a national sample of college students." *American Journal of Health Education*, 37, pp. 27-33.
- Adcox, S.** (2006, 21 de abril). "Bill would make sale of sex toys illegal in South Carolina." [http://www.independentmail.com/and/home/article/0,1886,A ND_8195_4641568,00.html]. Consultado el 6 de mayo de 2006.
- Addis, I., Van Den Eeden, S., Wassel-Fyr, C. y Vittinghoff, E.** (2006). "Sexual activity and function in middle-aged and older women." *Obstetrics and Gynecology*, 107, pp. 755-764.
- Advocate, The** (2006). "The Advocate report." *The Advocate*, 18 de julio, p. 14.
- Affi, W., y Faulkner, S.** (2000). "On being 'just friends': The frequency and impact of sexual activity in cross-sex friendships." *Journal of Social and Personal Relationships*, 17, pp. 205-222.
- AIDS Alert** (2005). "International AIDS Society Conference update: Male circumcision as a prevention." Autor, 1 de septiembre.
- AIDS Vaccine Advocacy Coalition** (2006a). "AIDS Vaccine Trials-Getting the Global House in Order." [http://www.avac.org/pdf/reports/2004]. Consultado el 18 de enero de 2006.
- AIDS Vaccine Advocacy Coalition** (2006b). "Will a Pill a Day Prevent HIV?" [http://www.avac.org/pdf/tenofovir.pdf]. Consultado el 17 de mayo de 2006.
- Akin-Olugbade, O., Parker, M., Guhring, P. y Mulhall, J.** (2006). "Determinants of patient satisfaction following penile prosthesis surgery." *The Journal of Sexual Medicine*, 3, pp. 743-748.
- Alan Guttmacher Institute** (2006). "Top 10 Ways Sexual and Reproductive Health Suffered in 2004." [http://www.guttmacher.org]. Consultado el 2 de febrero de 2006.
- Aldridge, L., Daniels, J. y Jukic, A.** (2006). "Mammograms and healthcare access among US Hispanic and non-Hispanic women 40 years and older." *Family and Community Health*, 29, pp. 80-89.
- Alexander, B.** (2005, 9 de junio). "Plastic surgery on private parts." [http://www.msnbc.msn.com/id/8132227/print/1/displaymode/1098/]. Consultado el 9 de junio de 2005.
- Alexander, B.** (2006, 17 de agosto). "Will technology revolutionize boinking?" [http://www.msnbc.msn.com/id/14292504/print/1/displaymode/1098/]. Consultado el 21 de agosto de 2006.
- Alexander, J.** (2005). "Evidence from randomised double-blind clinical trials." Ponencia presentada en el Congreso Mundial de Sexología, Montreal, Canadá, 10-15 de julio.
- Alfano, P.** (2006). "The shadowy world of sex tours: Critics say businesses like the one run by a Fort Worth man promote prostitution. He says he is merely taking men to 'night-life areas'." *Fort Worth Star-Telegram*, 6 de agosto, pNA.
- Ali, A.** (2006). *The Caged Virgin: An Emancipation Proclamation for Women and Islam*. Nueva York: Free Press.
- Ali, L. y Miller, L.** (2004). "The secret lives of wives." *Newsweek*, 12 de julio, pp. 47-54.
- Allen, D.** (2004). "Frank talk equals better health." *The Advocate*, 25 de mayo, p. 22.
- Allen, L., y Gorski, R.** (1990). "Sex difference in the bed nucleus of the stria terminalis of the human brain." *Journal of Comparative Neurology*, 302, pp. 697-706.

- Allen, L., Hines, M., Shryne, J. y Gorski, R. (1989). "Two sexually dimorphic cell groups." *Journal of Neurosciences*, 9, pp. 497-506.
- Almroth, L., Elmusharaf, S., El Hadi, N. y Obeid, A. (2005). "Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan: A case-control study." *The Lancet*, 366, pp. 385-392.
- Althof, S. (2006). "The psychology of premature ejaculation: Therapies and consequences." *The Journal of Sexual Medicine*, 3, pp. 324-331.
- Althof, S., Dean, J., Derogatis, L. y Rosen, R. (2005). "Current perspectives on the clinical assessment and diagnosis of female sexual dysfunction and clinical studies of potential therapies: A statement of concern." *The Journal of Sexual Medicine*, 2, pp. 146-153.
- Althof, S., Rowland, D., McNulty, P. y Rothman, M. (2006). "Evaluation of the impact of premature ejaculation on a man's self-esteem, confidence and overall relationship." Ponencia presentada en la reunión anual de otoño de la Sociedad de Medicina Sexual de América del Norte, Nueva York, noviembre.
- American Academy of Pediatrics (2006). "Adolescent Pregnancy: Current Trends and Issues." [http://www.Pediatrics.org]. Consultado el 2 de febrero de 2006.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2005). ACOG guidelines on the management of human papillomavirus infection. *American Family Physician*, 72, p. 178.
- American Fertility Association (2006, 20 de junio). "Survey of 17 500 women in 10 countries shows global lack of awareness of basic facts about fertility." [http://www.prnewswire.com/cgi-bin/stories.pl?ACCT=104&STORY=/www/story/06-20-2006/0004383938&EDATE]. Consultado el 26 de junio de 2006.
- American Fertility Association (2006, 20 de junio). "Survey of 17 500 women in 10 countries shows global lack of awareness of basic facts about fertility." [http://www.prnewswire.com/cgi-bin/stories.pl?ACCT=104&STORY=/www/story]. Consultado el 26 de junio de 2006.
- American Life League (2006). "About all policy." [http://www.all.org/about_policy.php]. Consultado el 18 de julio de 2006.
- Amodio, D., y Showers, C. (2005). "Similarity breeds liking' revisited: The moderating role of commitment." *Journal of Social and Personal Relationships*, 22, pp. 817-836.
- Amusa, M. (2006). "Pleasure politics surround sex-skill courses." [http://www.womensenews.org/article.cfm/dyn/aid/2825/]. Consultado el 30 de octubre de 2006.
- Anderson, W., Summerton, D., Sharma, D. y Holmes, S. (2003). "The urologist's guide to genital piercing." *British Journal of Urology International*, 91, pp. 245-251.
- Andreas, P. (2005). "Female exotic dancing: An exploratory investigation of intrapersonal and interpersonal dynamics." Ponencia presentada en el Congreso Mundial de Sexología, Montreal, Canadá, 10-15 de julio.
- Andrews, G. (2006). "Treating menopausal women." *Practice Nurse*, 10 de febrero, p. 1.
- Aponte, R. y Machado, M. (2006). "Marital aspects associated with sexual satisfaction." *The Journal of Sexual Medicine*, 3, pp. 382-452.
- Archer, G. (2006). "Gays of our lives: An LGBT tv rundown." [http://www.planetout.com/entertainment/news/?sernum=1191&navpath/entertainment/television]. Consultado el 25 de febrero de 2006.
- Archer, J. (2000). "Sex differences in aggression between heterosexual partners: A meta-analytic review." *Psychological Bulletin*, 126, pp. 651-680.
- Arnold, A. (2003). "The gender of the voice within; the neural origin of sex differences in the brain." *Current Opinion in Neurobiology*, 13, pp. 759-764.
- Arnold, A. (2004). "Sex chromosomes and brain gender." *Nature Reviews Neuroscience*, 5, pp. 701-708.
- Arnow, B., Desmond, J., Banner, L., Glover, G. et al. (2002). "Brain activation and sexual arousal in healthy, heterosexual males." *Brain*, 125, pp. 1014-1023.
- Aronowitz, T., Rennells, R. y Todd, E. (2006). "Ecological influences of sexuality on early adolescent African American females." *Journal of Community Health Nursing*, 23, pp. 113-122.
- Ashby, S., Arcari, C. y Edmonson, M. (2006). "Televisión viewing and risk of sexual initiation by young adolescents." *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 160, pp. 375-380.
- Atkins, D., Yi, J., Baucom, D. y Christensen, A. (2005). "Infidelity in couples seeking marital therapy." *Journal of Family Psychology*, 19, pp. 470-473.
- Auvert, B., Taljaard, D. et al. (2005). "Impact of male circumcision on the female-to-male transmission of HIV: Results of the intervention trial: ANRS 1265." Ponencia presentada en la Conferencia sobre Patogénesis y Tratamiento del VIH de la Asociación Internacional de Sida, Río de Janeiro, Brasil, julio.
- Babcock, B. (2006). "Law changed for adult items." *The Kansas City Star*, 8 de marzo, pNA.
- Bacon, B., Keeffe, E. y Navarro, V. (2005). "Screening for hepatitis C in high-risk patients: Carefully eliciting risk factors and screening accordingly are optimal methods of detecting

- hepatitis C in primary care patients before severe hepatic dysfunction develops." *Patient Care*, 39, pp. 32-41.
- Bacon, C., Mittleman, M., Kawachi, I. y Giovannucci, E.** (2006). "A prospective study of risk factors for erectile dysfunction." *The Journal of Urology*, 176, pp. 217-221.
- Baeten, J., Richardson, B., Lavreys, L., Rakwar, J., Kishorchandra, M. et al.** (2005). "Female-to-male infectivity of HIV-1 among circumcised and uncircumcised Kenyan men." *Journal of Infectious Diseases*, 191, pp. 546-553.
- Bailey, T., y Cymet, T.** (2006). "Planning for the HPV vaccine and its impact on cervical cancer prevention." *Comprehensive Therapy*, 32, pp. 102-105.
- Baines, S.** (2006, 26 de enero). "Articles of faith." [http://www.advocate.com/print_article_ektid24859.asp]. Consultado el 24 de mayo de 2006.
- Bakken, I., Nordbo, S. y Skjeldestad, F.** (2006). "Chlamydia trachomatis testing patterns and prevalence of genital chlamydial infection among young men and women in Central Norway 1990-2003: A population-based registry study." *Sexually Transmitted Diseases*, 33, pp. 26-30.
- Bakst, B.** (2006). "Page scandal brings calls for adultchild e-mail laws." *Oregonian*, 15 de octubre, p. A6.
- Baldor, L.** (2006, 20 de junio). "Pentagon document lists homosexuality as mental disorder." [http://www.miami.com/mld/miamiherald/living/people/gay_lesbian/14860419.htm?templa]. Consultado el 21 de junio de 2006.
- Ball, H.** (2005). "Extensive genital cutting elevates risk of infertility among Sudanese women." *International Family Planning Perspectives*, 31, pp. 154-156.
- Balsam, K., Rothblum, E. y Beauchaine, T.** (2005). "Victimization over the life span: A comparison of lesbian, gay, bisexual and heterosexual siblings." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, pp. 477-487.
- Bancroft, J., y Vukadinovic, Z.** (2004). "Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity, or what? Toward a theoretical model." *Journal of Sex Research*, 41, pp. 225-234.
- Banerjee, N.** (2006). "Episcopal Church picks woman as leader." *Oregonian*, 19 de junio, pp. A1 y A6.
- Baron, R., Markman, G. y Bollinger, M.** (2006). "Exporting social psychology: Effects of attractiveness on perceptions of entrepreneurs, their ideas for new products, and their financial success." *Journal of Applied Social Psychology*, 36, pp. 467-492.
- Barroso, C.** (2006). "Reproductive repercussions." *The Baltimore Sun*, 2 de enero, p. NA.
- Bartels, A., y Zeki, S.** (2004). "The neural correlates of maternal and romantic love." *Neuroimage*, 21, pp. 1155-1166.
- Basoff, E., y Glass, G.** (1982). "The relationship between sex roles and mental health: A meta-analysis of twenty-six studies." *Counseling Psychologist*, 10, pp. 105-112.
- Basow, S., y Rubinfeld, K.** (2003). "Troubles talk: Effects of gender and gender-typing." *Sex Roles*, 48, pp. 183-187.
- Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L. y Derogatis, L.** (2004). "Revised definitions of women's sexual dysfunction." *The Journal of Sexual Medicine*, 1, pp. 40-48.
- Bauer, H., Mark, K., Samuel, M., Wang, S., Weismuller, P. et al.** (2005). "Prevalence of and associated risk factors for Fluoroquinolone-resistant *Neisseria gonorrhoeae* in California, 2000-2003." *Clinical Infectious Diseases*, 41, pp. 795-803.
- Beary, H.** (2006). "Discounts for India sex workers." [http://newsvote.bbc.co.uk/mpapps/pagetools/print/news.bbc.co.uk/2/hi/south_asia]. Consultado el 10 de julio de 2006.
- Beck, C.** (2006). "Postpartum depression: It isn't just the blues." *American Journal of Nursing*, 106, pp. 40-49.
- Beckman, N., Waern, M. y Skoog, I.** (2006). "Determinants of sexuality in 70-year-olds." *Journal of Sex Research*, 43, p. 876.
- Beckman, T., Abu-Lebdeh, H. y Mynderse, L.** (2006). "Evaluation and medical management of erectile dysfunction." *Mayo Clinic Proceedings*, 81, pp. 385-390.
- Beech, H.** (2005). "Sex, please-We're young and Chinese." *Time*, diciembre, p. 61.
- Bell, D.** (2006). "They deserve it." *The Nation*, 10 de julio, pp. 18-24.
- Bellizzi, K. y Blank, T.** (2006). "Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors." *Health Psychology*, 25, pp. 47-56.
- Ben-David, S., y Schneider, O.** (2005). "Rape perceptions, gender role attitudes and victim-perpetrator acquaintance." *Sex Roles: A Journal of Research*, 53, pp. 385-399.
- Bennett, B.** (2006). "Stolen away: As criminal gangs run amuck in Iraq, hundreds of girls have gone missing. Are they being sold for sex?" *Time*, 1 de mayo, pp. 37-38.
- Bennion, J.** (2005, 19 de julio). "Rough cut: The women's kingdom." [http://www.pbs.org/frontlineworld/rough/2005/07/introduction_togen.html]. Consultado el 28 de junio de 2006.
- Benotsch, E., Kalichman, S., y Cage, M.** (2002). "Men who have sex partners via the Internet: Prevalence, predictors and implications for HIV prevention." *Archives of Sexual Behavior*, 31, pp. 177-183.

- Benson, R.** (1985). "Vacuum cleaner injury to penis: A common urologic problem?" *Urology*, 25, pp. 41-44.
- Ben-Ze'ev, A.** (2003). "Privacy, emotional closeness and openness in cyberspace." *Computers in Human Behavior*, 19, pp. 451-467.
- Berga, S., y McCord, J.** (2005). "Circulating androgen levels and self-reported sexual function in women." *OB/GYN Clinical Alert*, 1 de agosto, pNA.
- Bergoffen, D.** (2006). "From genocide to justice: Women's bodies as a legal writing pad." *Feminist Studies*, 32, pp. 11-37.
- Berkowitz, B.** (2006). "How to sell to men." [http://www.womensbiz.us/archives/histurn1105.asp]. Consultado el 4 de mayo de 2006.
- Berman, L.** (2004). *The Health Benefits of Sexual Aids and Devices*. Evanston, IL: Northwestern University.
- Bhatnagar, V., y Kaplan, R.** (2005). "Treatment options for prostate cancer: Evaluating the evidence." *American Family Physician*, 71, pp. 1915-1922, 1929-1930.
- Bhatti, F.** (2005). "The role of non availability of sex education on the prevalence of sexual dysfunction in conservative Muslim society like Pakistan." Ponencia presentada en el Congreso Mundial de Sexología, Montreal, Canadá, 10-15 de julio.
- Bible, J.** (2006). "Disorder in the courts: Proving same-sex sex discrimination in Title VII cases via 'gender stereotyping'". *Employee Relations Law Journal*, 31, pp. 42-72.
- Bierman, A., Fazio, E. y Milkie, M.** (2006). "A multifaceted approach to the mental health advantage of the married." University of Maryland, College Park.
- Bingham, S., y Battey, K.** (2005). "Communication of social support to sexual harassment victims: Professors' responses to a student's narrative of unwanted sexual attention." *Communication Studies*, 56, pp. 131-155.
- Birdeau, D., Somers, C. y Lenihan, G.** (2005). "Effects of educational strategies on college students' identification of sexual harassment." *Education*, 125, pp. 496-510.
- Bjorklund, D., y Pellegrini, A.** (2000). "Child development and evolutionary psychology." *Child Development*, 71, pp. 1687-1708.
- Black, M.** (2006). "Anti choice legislation: The South Dakota case as a national warning." *Network for Reproductive Options*, 2, p. 4.
- Blais, M., Chaffai, I. y Desjardins, J.** (2005). "Bodyrelated factors associated with male sexual dysfunction and skills promoting sexual health." Ponencia presentada en el Congreso Mundial de Sexología, Montreal, Canadá, 10-15 de julio.
- Blythe, M., Fortenberry, D., Temkit, M. y Tu, W.** (2006). "Incidence and correlates of unwanted sex in relationships of middle and late adolescent women." *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 160, pp. 591-595.
- Bockting, W.** (2005). "Biological reductionism meets gender diversity in human sexuality." *Journal of Sex Research*, 42, pp. 267-270.
- Boen, J.** (2006). "Pap test changes with the times." *The News-Sentinel*, 6 de febrero, NA.
- Bogaert, A.** (2004). "Asexuality: Prevalence and associated factors in a national probability sample." *The Journal of Sex Research*, 41, pp. 279-288.
- Bogaert, A.** (2005). "Sibling sex ratio and sexual orientation in men and women: New tests in two national probability samples." *Archives of Sexual Behavior*, 34, pp. 111-117.
- Bogart, L., Collins, R., Kanovse, D. et al.** (2006). "Patterns and correlates of deliberate abstinence among men and women with HIV/AIDS." *American Journal of Public Health*, 96, pp. 1078-1084.
- Bohner, G., Siebler, F. y Schmelcher, J.** (2006). "Social norms and the likelihood of raping: Perceived rape myth acceptance of others affects men's rape proclivity." *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32, pp. 286-297.
- Bond, J.** (2006). "Deadly homophobia." *The Advocate*, 10 de octubre, p. 4.
- Bonet, L., Bimbi, D. y Tomassilli, J.** (2006). "Venid closed doors: An exploration of specialized sexual behaviors in urban women who have sex with women." *Journal of Sex Research*, febrero, NA.
- Bonierbale, M., Clement, A., Loundou, A. y Simeoni, M.** (2006). "A new evaluation of concept and its measurement: 'Male sexual anticipating cognitions'". *The Journal of Sexual Medicine*, 3, pp. 96-103.
- Boonstra, H., Gold, R., Richards, C. y Finer, L.** (2006). *Abortion in Women's Lives*. Nueva York: Guttmacher Institute.
- Boschert, S.** (2004). "Majority of circumcisions are performed without analgesia." *Family Practice News*, 34, p. 63.
- Botros, S., Abramov, Y., Miller, J. y Sand, P.** (2006). "Effect of parity on sexual function." *Obstetrics and Gynecology*, 107, pp. 765-770.
- Bouvier, P.** (2003). "Child sexual abuse: Vicious circles of fate or paths to resilience?" *Lancet*, 361, p. 446.
- Bowen, A.** (2005). "Internet sexuality research with rural men who have sex with men: Can we recruit and retain them?" *Journal of Sex Research*, 42, pp. 317-323.
- Boyd, A. y Wilmoth, M.** (2006). "An innovative community-based intervention for African American women with breast cancer: The witness project." *Health and Social Work*, 31, pp. 77-80.

- Bradford, J.** (1998). "Treatment of men with paraphilia." *New England Journal of Medicine*, 338, pp. 464-465.
- Bradley, S., Oliver, G., Chernick, A. y Zucker, K.** (1998). "Experiment of nurture: Ablatio penis at 2 months, sex reassignment at 7 months, and a psychosexual follow-up in young adulthood." *Pediatrics*, 102, pp. E91-E95.
- Bradshaw, C., Tabrizi, S., Read, T., Garland, S. et al.** (2006). "Etiologies of nongonococcal urethritis: bacteria, viruses and the association with orogenital exposure." *Journal of Infectious Diseases*, 193, pp. 333-345.
- Braveman, S. y Woodward-Kreitz, M.** (2006). "Male sexual abuse and victimization: Innovative ways to treat adult male survivors of childhood abuse." Ponencia presentada en el 38 Conferencia Anual de la AASECT "Gumbo Sexualite Upriver: Spicing Up Education and Therapy", St. Louis, junio/julio.
- Brehm, S., Miller, R., Perlman, D. y Campbell, S.** (2002). *Intimate Relationships*. Boston: McGraw-Hill.
- Brewer, D., Golden, M. y Handsfield, H.** (2006). "Unsafe sexual behavior and correlates of risk in a probability sample of men who have sex with men in the era of highly active antiretroviral therapy." *Sexually Transmitted Diseases*, 33, pp. 250-255.
- Briddel, D., y Wilson, G.** (1976). "Effects of alcohol and expectancy set on male sexual arousal." *Journal of Abnormal Psychology*, 85, pp. 225-234.
- Bridges, A.** (2006). "FDA approves contraceptive implant." *The Oregonian*, 19 de julio, p. A4.
- Brocato, V.** (2004). "U.S.-based opposition to sexual and reproductive rights goes international." *SIECUS Report*, 32, pp. 22-26.
- Brockman, J.** (2006). "Child sex as Internet fare, through eyes of a victim." *The New York Times*, 5 de abril, p. A20.
- Broderick, G.** (2006). "Premature ejaculation." [<http://www.medscape.com/viewarticle/507262>]. Consultado el 4 de septiembre de 2006.
- Brotto, L., Chik, H., Ryder, A. y Gorzalka, B.** (2005). "Acculturation and sexual function in Asian women." *Archive of Sexual Behavior*, 34, pp. 613-627.
- Brown, D.** (2006). "GAO faults Bush's AIDS-abstinence emphasis." *Oregonian*, 5 de abril, p. A2.
- Brown, D., Shew, M., Qadadri, B., Neptune, N., Vargas, M. et al.** (2005). "A longitudinal study of genital human papillomavirus infection in a cohort of closely followed adolescent women." *Journal of Infectious Diseases*, 191, pp. 182-192.
- Brown, J., L'Engle, K., Pardun, C. y Kenneavy, K.** (2006). "Sexy media matter: Exposure to sexual content in music, movies, television and magazines predicts black and white adolescents' sexual behavior." *Pediatrics*, 117, pp. 1018-1027.
- Brunham, R., Babak, P., Mak, S., White, R. y Rekart, M.** (2005). "The unexpected impact of Chlamydia trachomatis infection control program on susceptibility to reinfection." *Journal of Infectious Diseases*, 192, pp. 1836-1844.
- Bruns, D., y Bruns, J.** (2005). "Sexual harassment in higher education." *Academic Exchange Quarterly*, 9, pp. 201-204.
- Buckwalter, R.** (2005). "No end in sight: Female mutilation unabated." *Harvard International Review*, 27, p. 7.
- Bullock, K., y McGraw, S.** (2006). "A community capacity-enhancement approach to breast and cervical cancer screening among older women of color." *Health and Social Work*, 31, pp. 16-25.
- Bureau of Labor Statistics** (2006). "Labor Force Statistics from the Current Population Survey." [<http://www.stats.bls.gov>]. Consultado 4 de enero de 2006.
- Burke, A., Sowerbutts, S., Blundell, B. y Sherry, M.** (2002). "Child pornography and the Internet: Policing and treatment issues." *Psychiatry, Psychology and Law*, 9, pp. 79-84.
- Burkett, A. y Hewitt, G.** (2005). "Progestin only contraceptives and their use in adolescents: Clinical options and medical indications." *Adolescent Medicine*, 16, pp. 553-567.
- Burr, T.** (2006). "'Heading South' sheds some light on sexual tourism." *Chicago Sun-Times*, 18 de agosto, p. B1.
- Bush, I., Zielinski, L., Williby, R. y Kastendjiev, I.** (2006). "The use of a new nitric oxide releasing cream to enhance female sexuality." Ponencia presentada en la reunión de otoño de la Sociedad de Medicina Sexual de América del Norte, Nueva York, noviembre.
- Buss, D.** (2003). "The dangerous passion: Why jealousy is as necessary as love and sex." *Archives of Sexual Behavior*, 32, pp. 79-80.
- Butler, K.** (2006). "Many couples must negotiate terms of 'brokeback' marriages." *The New York Times*, 7 de marzo, p. F5.
- Byers, E.** (2005). "Relationship satisfaction and sexual satisfaction: A longitudinal study of individuals in longterm relationships." *Journal of Sex Research*, 42, pp. 113-118.
- Calderoni, M. y Coupey, S.** (2005). "Combined hormonal contraception." *Adolescent Medicine*, 16, pp. 517-537.
- Caldwell, J.** (2005). "Sheath that scalpel: the only way to be sure of an intersex baby's gender is to wait until you can ask them, researchers say." *The Advocate*, 12 de abril, p. 44.

- Calvert, C., y Richards, R.** (2006). "Pointless prosecution." *New Jersey Law Journal*, 14 de agosto, p. 7.
- Camp, A.** (2006). "We deserve some answers." *Ms.*, primavera, p. 17.
- Campbell, D., Lake, M., Falk, M. y Backstrand, J.** (2006). "A randomized control trial of continuous support in labor by a lay doula." *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 35, p. 456.
- Campbell, R.** (2006). "Rape survivors' experiences with the legal and medical systems: Do rape victim advocates make a difference." *Violence Against Women*, 12, pp. 30-45.
- Campo-Flores, A.** (2006). "Mississippi churning." *Newsweek*, 20 de marzo, p. 29.
- Capellen, J., Bell, S. y Althof, S.** (2006). "Comparison between sildenafil-treated subjects with erectile dysfunction and control subjects on the self-esteem and relationship questionnaire." *The Journal of Sexual Medicine*, 3, pp. 274-282.
- Carael, M., Slaymaker, E., Lyerla, R. y Sarkar, S.** (2006). "Clients of sex workers in different regions of the world: Hard to count." *Sexually Transmitted Infections*, 82 (sup. 3), pp. iii26-iii33.
- Carr, C.** (2006). "Saddle safety." *Time Bonus Section*, p. A4.
- Carson, C.** (2003). "To circumcise or not to circumcise? Not a simple question." *Contemporary Urology*, 15, p. 11.
- Carson, G., Clarke, H., Leveillee, R. y Urban, R.** (2005). "Treatment of BPH and LUT spills, MIST, or TURP?" *Contemporary Urology*, 17, pp. 26-36.
- Carter, J.** (2005). *Our Endangered Values: America's Moral Crisis*. Waterville, Maine: Thorndike Press.
- Cassel, E.** (2006). "Underlying these laws are themes of religious fundamentalism." [http://writ.news.findlaw.com/cassel/20060314.html]. Consultado el 31 de julio de 2006.
- Castleman, M.** (2005). "XXX Harmful: How pornography misleads men about women's sexuality and their own and contributes to sex problems." Ponencia presentada en la 37 Conferencia Anual de la AASECT "¿Qué hay de nuevo, qué obras?: soluciones para el pionero de hoy en cuestiones sexuales", Portland, OR, mayo.
- Catalona, W., Loeb, S. y Han, M.** (2006). "Viewpoint: Expanding prostate cancer screening." *Annals of Internal Medicine*, 144, pp. 441-443.
- CBS News y NY Times Poll** (2004). "Pharmacists and Birth Control." [http://prochoiceamerica.org/assets/files/Birth-Control-Pharmacy-Access/pdf]. Consultado en noviembre.
- CDC National Center for Health Statistics** (2005). *Teenagers in the United States: Sexual Activity, Contraceptive Use and Childbearing*. Hyattsville, MD: Centres for Disease Control.
- CDC National Center for Health Statistics** (2006). "Child Trends: Oral Sex." [http://www.childtrendsdatabank.org/indicators/95OralSex.cfm]. Consultado el 1 de febrero de 2006.
- Celum, C., Robinson, N. y Cohen, M.** (2005). "Potential effect of HIV type 1 antiretroviral and herpes simplex virus type 2 antiviral therapy on transmission and acquisition of HIV type 1 infection." *Journal of Infectious Diseases*, 191, pp. S107-S114.
- Center for Reproductive Rights** (2006). "Emergency contraception: An important component of women's rights." [http://www.reproductiverights.org/tools/print_paye.jsp]. Consultado el 2 de junio de 2006.
- Centers for Disease Control** (1998). "Trends in sexual risk behaviors among high school students: United States, 1991-1997." *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 47, pp. 749-752.
- Centers for Disease Control** (2000a). "Adoption of protective behavior among persons with recent HIV infection and diagnosis: Alabama, New Jersey and Tennessee, 1997-1998." *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 49, pp. 346-349.
- Centers for Disease Control** (2000b). "Youth risk behavior surveillance: United States, 1999." *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 49, pp. 1-79.
- Centers for Disease Control** (2002a). "Guidelines for using antiretroviral agents among HIV-infected adults and adolescents: Recommendations of the Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV." *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 51 (RR-7), pp. 1-55.
- Centers for Disease Control** (2002b). "HIV/AIDS Among African Americans." Hojas de datos de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, National Center for HIV, STD and TB Prevention. Atlanta: Centers for Disease Control.
- Centers for Disease Control** (2002c). "Youth risk behavior surveillance: United States, 2001." *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 51, pp. 1-62.
- Centers for Disease Control** (2003). "Advancing HIV prevention: New Strategies for a changing epidemic-United States, 2003." *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 52, pp. 329-332.
- Centers for Disease Control** (2005a). "Contraceptive use-United States and territories, behavioral risk factor surveillance system, 2002." *Morbidity and Mortality Weekly Reports*, 54, pp. SS-6, 1-9.
- Centers for Disease Control** (2005b). "A comprehensive immunization strategy to eliminate transmission of hepatitis B virus infection in the United States." *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 50, pp. 1-30.

- Centers for Disease Control** (2005c). "Trends in HIV/AIDS diagnoses-33 states, 2001-2004." *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54, pp. 1149-1156.
- Centers for Disease Control** (2005d). "HIV prevalence, unrecognized infection and HIV testing among men who have sex with men-five U.S. cities, June 2004-April 2005." *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54, pp. 597-601.
- Centers for Disease Control** (2005e). "Update: Syringe exchange programs-United States, 2002." *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54, pp. 673-676.
- Centers for Disease Control** (2005f). "Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: Recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services." *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54, RR-2, pp. 1-20.
- Centers for Disease Control** (2006). "Youth risk behavior surveillance: United States, 2005." *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55, pp. 1-108.
- Centers for Disease Control** (2006a). "Sexually Transmitted Diseases." [http://www.cdc.gov/std]. Consultado el 17 de enero de 2006.
- Centers for Disease Control** (2006b). "Chlamydia-CDC Fact Sheet." [http://www.cdc.gov/std/chlamydia/STDFact-Chlamydia.htm]. Consultado el 17 de enero de 2006.
- Centers for Disease Control** (2006c). "Gonorrhea-CDC Fact Sheet." [http://www.cdc.gov/std/Gonorrhea/STDFactgonorrhea.htm]. Consultado el 17 de enero de 2006.
- Centers for Disease Control** (2006d). "Syphilis-CDC Fact Sheet." [http://www.cdc.gov/std/syphilis/STDFact-Syphilis.htm]. Consultado el 17 de enero de 2006.
- Centers for Disease Control** (2006e). "Genital Herpes-CDC Fact Sheet." [http://www.cdc.gov/std/Herpes/STDFact-Herpes.htm]. Consultado el 17 de enero de 2006.
- Centers for Disease Control** (2006f). "Genital HPV Infection-CDC Fact Sheet." [http://www.cdc.gov/std/HPVSTD Fact-HPV.htm]. Consultado el 17 de enero de 2006.
- Centers for Disease Control** (2006g). "Hepatitis Surveillance Report No. 60." [http://cdc.gov/hepatitis]. Consultado el 17 de enero de 2006.
- Centers for Disease Control** (2006h). "Bacterial Vaginosis-CDC Fact Sheet." [http://www.cdc.gov/std/bv/STDFact-Bacterial-Vaginosis.htm]. Consultado el 17 de enero de 2006.
- Centers for Disease Control** (2006i). "Genital Candidiasis-CDC Fact Sheet." [http://www.cdc.gov/ncidod/dbmd/diseaseinfo/candidiasis_gen_g]. Consultado el 17 de enero de 2006.
- Centers for Disease Control** (2006j). "Trichomoniasis-CDC Fact Sheet." [http://www.cdc.gov/std/trichomoniasis/STDFact-Trichomoniasis]. Consultado el 17 de enero de 2006.
- Centers for Disease Control** (2006k). "Fact Sheet Scabies." [http://www.cdc.gov/ncidod/dpd/parasites/scabies/factsht_scabies.htm]. Consultado el 18 de enero de 2006.
- Centers for Disease Control** (2006l). "HIV/AIDS Prevention in the United States: Basic Statistics Overview." [http://www.cdc/hiv/]. Consultado el 18 de enero de 2006.
- Cercone, K.** (2006). "Fulla flap: A Muslim Barbie has her own trendy accessories and cultural baggage." *Utne*, sept./oct., p. 11.
- Chen, W.** (2006). "Unopposed estrogen therapy and the risk of invasive breast cancer." *Archives of Internal Medicine*, 166, pp. 1027-1032.
- Cheung, A.** (2006). "Assisted reproductive technology: Both sides now." *The Journal of Reproductive Medicine*, 51, pp. 283-292.
- Chiasson, M., Hirshfield, S. y Humberstone, M.** (2003). "The Internet and high-risk sex among men who have sex with men." Ponencia presentada en la X Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas. Boston, febrero.
- Chinese Ministry of Health** (2006). "2005 update on the HIV/AIDS epidemic and response in China." [http://www.unchina.org/unaid/2005-China%20HIV-AIDS%Estimation-English.pdf]. Consultado el 14 de mayo de 2006.
- Chivers, M.** (2005). "Clinical management of sex addiction (Book review)." *Archives of Sexual Behavior*, 34, pp. 476-478.
- Chu, J.** (2006). "10 questions for Shirin Ebadi." *Time*, 15 de mayo, p. 6.
- Chung, P.** (2006, 14 de julio). "Government to expand childbirth incentives." [http://times.hankooki.com/service/print/Print.php?po=times.hankooki.com/lpage/nation/20]. Consultado el 24 de julio de 2006.
- Ciardullo, M.** (2005). "A view from the field: Sex work in D.C." *SIECUS Report*, 33, pp. 10-11.
- Clark, J.** (2003). "Furor erupts over NIH 'hit list'." *British Medical Journal*, 327, p. 1065.
- Clark, J.** (2005). "The big turnoff: Stymied by politics and viagra, sex research goes limp." *Psychology Today*, enero/febrero, pp. 17-18.
- Clark, S., Bruce, J. y Dude, A.** (2006). "Protecting young women from HIV/AIDS: The case against child and adolescent marriage." *International Family Planning Perspectives*, 32, pp. 79-88.
- Closidow, O.** (2006). "Scabies." *New England Journal of Medicine*, 354, pp. 1718-1727.

- Cloud, J.** (2005). "The battle over gay teens." *Time*, 10 de octubre, pp. 43-51.
- Cohen, D., y Farley, T.** (2004). "Social marketing of condoms is great, but we need more free condoms." *Lancet*, 364, p. 13.
- Cohen, J., Schleifer, R. y Tate, T.** (2005). "AIDS in Uganda: The human-rights dimension." *Lancet*, 365, pp. 2075-2076.
- Cohen, L., Soares, C., Vitonis, A. y Otto, M.** (2006). "Risk for new onset of depression during the menopausal transition." *Archives of General Psychiatry*, 63, pp. 385-390.
- Cohen, M., y Pilcher, C.** (2005). "Amplified HIV transmission and new approaches to HIV prevention." *Journal of Infectious Diseases*, 191, pp. 1391-1393.
- Cohen, R.** (2006). "Sex harassment high at colleges." *Bangor Daily News*, 27 de enero, NA.
- Cohen, S.** (2006). "The global contraceptive shortfall: U.S. Contributions and U.S. hindrances." *Guttmacher Institute*, 9, pp. 1-2.
- Cohen-Kettenis, P.** (2005). "Gender change in 46, XY persons with 5[alpha]-reductase-2 deficiency and 17[beta]-hydroxysteroid dehydrogenase-3 deficiency." *Archives of Sexual Behavior*, 34, pp. 399-410.
- Colino, S.** (2006). "Your period: What's normal, what's not; Changes in your cycle can be nothing-or signal a serious health problem. Here's how to tell the difference." *Shape*, marzo, pp. 88-92.
- Collins, D.** (2002). "Scarring after penile augmentation." *Contemporary Urology*, 14, p. 12.
- Collins, N., Ford, M., Guichard, A. y Allard, L.** (2006). "Working models of attachment and attribution processes in intimate relationships." *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32, pp. 201-219.
- Collins, R., Elliott, M., Berry, S., Kanouse, D., Kunkel, D. et al.** (2005). "Watching sex on television predicts adolescent initiation of sexual behavior." *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, p. 427.
- Colucci, J.** (2006). "Eight years of great laughs." *The Advocate*, 9 de mayo, p. 57.
- Conard, L., y Gold, M.** (2006). "What you need to know about providing emergency contraception: This update answers key questions about emergency contraception and will help increase your patients' access to this form of pregnancy prevention. Includes a guide for patients." *Contemporary Pediatrics*, 23, pp. 49-59.
- Conde-Agudelo, A., Rosas-Bermudez, A. y Kafury-Goeta, A.** (2006). "Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes." *Journal of the American Medical Association*, 295, pp. 1809-1823.
- Connor, J. y Robinson, B.** (2006). "Vulvar vestibulitis syndrome: Implications for sex therapy." Ponencia presentada en la 38 Conferencia Anual de la AASECT "Gumbo Sexualite Upriver: Spicing Up Education and Therapy", St. Louis, junio/julio.
- Cook, I.** (2006). "Western heterosexual masculinity, anxiety and web porn." *The Journal of Men's Studies*, 14, pp. 47-64.
- Coontz, S.** (2005). "The heterosexual revolution." *The New York Times*, 5 de julio, p. A17.
- Coontz, S.** (2006). "Three 'rules' that don't apply." *Newsweek*, 5 de junio, p. 49.
- Cooper, A., y Sportolari, L.** (1997). "Romance in cyberspace: Understanding online attraction." *Journal of Sex Education and Therapy*, 22, pp. 7-14.
- Cooper, G.** (2006). "Viagra's false promise." *Psychotherapy Networker*, marzo/abril, p. 21.
- Coren, C.** (2003). "Genital cutting may alter, rather than eliminate, women's sexual sensations." *International Family Planning Perspectives*, 29, p. 51.
- Corona, G., Petrone, L., Mannucci, E. y Forti, G.** (2006). "Difficulties in achieving versus maintaining erection: Organic, psychogenic and relational determinants." *The Journal of Sexual Medicine*, 3 (sup. 3), pp. 224-286.
- Cose, E.** (2006). "Crisis: The devastating impact of AIDS on black communities demands a much stronger response at all levels." *Newsweek*, 15 de mayo, p. 49.
- Couper, M., Singer, E. y Tourangeau, R.** (2003). "Understanding the effects of audio-CASI on selfreports of sensitive behavior." *Public Opinion Quarterly*, 67, pp. 385-395.
- Crisp, C.** (2006). "The gay affirmative practice scale (GAP): A new measure for assessing cultural competence with gay and lesbian clients." *Social Work*, 51, pp. 115-126.
- Crooks, R., y Tucker, S.** (2006). "A peer-educator based HIV/AIDS prevention program in Kenya." Inédito.
- Crossman, S.** (2006). "The challenge of pelvic inflammatory disease." *American Family Physician*, 73, pp. 859-863.
- Crowe, D.** (2005). "Adult content projected to drive video podcasting, cellular sales." *Los Angeles Business Journal*, 27, pp. 14-15.
- Cui, J.** (2006). "China's cracked closet." *Foreign Policy*, mayo/junio, pp. 90-92.
- Cullen, L.** (2006). "Sex in the syllabus." *Time*, 3 de abril, pp. 80-81.
- Cummings, J.** (2006). "Large majorities support more access to birth control information, and agree that it is a good way to prevent abortions." *The Wall Street Journal*, 5, pNA.

- Curtis, C.** (2005, 2 de marzo). "U.S. House bill aims to repeal 'don't ask'" [<http://www.planetout.com/news/article-print.html?2005/03/02/1>]. Consultado el 25 de febrero de 2006.
- Curtis, K. y Mohllajee, A.** (2004). "World health organization updates guidance on how to use contraceptives." *INFO Reports*, abril, pp. 1-7.
- Curtis, K., y Mohllajee, A.** (2004). "WHO updates medical eligibility criteria for contraceptives." *INFO Reports*, agosto, pp. 1-7.
- Cwikel, J., y Hoban, E.** (2005). "Contentious issues in research on trafficked women working in the sex industry: Study design, ethics and methodology." *The Journal of Sex Research*, 42, pp. 306-317.
- D'Amato, A.** (2006). *Porn Up, Rape Down*. Chicago: Northwestern Law School.
- Dailard, C.** (2006). "The public health promise and potential pitfalls of the world's first cervical cancer vaccine." *Guttmacher Policy Review*, 9, pp. 6-9.
- Davidoff, F.** (2006). "Sex, politics and morality at the FDA: reflections on the Plan B decision." *The Hastings Center Report*, 36, pp. 20-26.
- Davies, M., Pollard, P. y Archer, J.** (2006). "Effects of perpetrator gender and victim sexuality on blame toward male victims of sexual assault." *Journal of Social Psychology*, 146, pp. 275-291.
- Davis, A.** (2002). "Don't let nobody bother yo' principle: The sexual economy of American slavery." En S. Harley y the Black Women and Work Collective (eds.), *Sister Circle: Black Women and Work*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- De Cuypere, G., T'sjoen, G., Beerten, R., Selvaggi, G., De Sutter, P. et al.** (2005). "Sexual and physical health after sex reassignment surgery." *Archives of Sexual Behavior*, 34, pp. 679-690.
- De Kretser, D.** (2004). "Differences in the prevalence of cryptorchidism." *Lancet*, 363, p. 1250.
- De Villers, L., y Turgeon, H.** (2005). "The uses and benefits of 'sensate focus' exercises." *Contemporary Sexuality*, 39, pp. i-vii.
- DeArmond, L.** (2006). "How safe is vaginal birth after cesarean section for the mother and fetus?" *Journal of Family Practice*, 55, pp. 149-152.
- DeForge, D., y Blackmer, J.** (2005). "Male sexuality following spinal cord injury. A systematic review." Ponencia presentada en el Congreso Mundial de Sexología, Montreal, Canadá, 10-15 de julio.
- DeLamater, J., y Sill, M.** (2005). "Sexual desire in later life." *The Journal of Sex Research*, 42, pp. 138-150.
- Dennerstein, L., y Goldstein, I.** (2005). "Postmenopausal female sexual dysfunction: At a crossroads." [<http://www.blackwell-synergy.com/doi/full/10.1111/j.1743-6109.2005.00127.x>]. Consultado el 15 de abril de 2006.
- Dennis, C.** (2004). "The most important sexual organ." *Nature*, 427, pp. 390-392.
- Depaulo, B.** (2006). "Lone stars." *Psychology Today*, mayo/junio, pp. 88-91.
- Deshotels, T., y Forsyth, C.** (2006). "Strategic flirting and the emotional tab of exotic dancing." *Deviant Behavior*, 27, pp. 223-241.
- Dessens, A., Slijper, F. y Drop, S.** (2005). "Gender dysphoria and gender change in chromosomal females with congenital hyperplasia." *Archives of Sexual Behavior*, 34, pp. 389-397.
- DeVita-Raeburn, E.** (2006). "Lust for the long haul." *Psychology Today*, enero/febrero, pp. 1-5.
- Dew, B., y Chaney, M.** (2004). "Sexual addiction and the Internet: Implications for gay men." *Journal of Addictions and Offender Counseling*, 24, pp. 101-114.
- Dhawan, D. y Mayer, K.** (2006). "Microbicides to prevent HIV transmission: Overcoming obstacles to chemical barrier protection." *Journal of Infectious Diseases*, 193, pp. 36-45.
- Diamond, L., Earle, D., Garcia, W. y Spana, C.** (2005). "Co-administration of low doses of intranasal PT-141 , a melanocortin receptor antagonist, and sildenafil to men with erectile dysfunction results in an enhanced erectile response." *Urology*, 65, pp. 755-759.
- Diamond, L., Earle, D., Heiman, J. y Rosen, R.** (2006). "An effect on the subjective sexual response in premenopausal women with sexual arousal disorder by bremelanotide (PT-141), a Melanocortin receptor agonist." *The Journal of Sexual Medicine*, 3, pp. 628-638.
- Diamond, L., Earle, D., Rosen, R., Willet, M. y Molinoff, P.** (2004). "Double-blind, placebocontrolled evaluation of the safety, pharmacokinetic properties and pharmacodynamic effects of intranasal PT-141 , a melanocortin receptor agonist, in healthy males and patients with mild-to-moderate erectile dysfunction." *International Journal of Impotence Research*, 16, pp. 51-59.
- Diaz-Parker, C., y Bratslavsky, G.** (2005). "Male genitourinary disease: Urethritis, epididymitis and prostatitis." *Clinician Reviews*, 15, pp. 39-46.
- Dibbell, J.** (2005). "Is the world ready for libido in a nasal spray?" *New York Magazine*, noviembre, pp. 1-15.
- Dickinson, T.** (2006). "The politics of fear." *Rolling Stone*, 29 de junio, pp. 43-45.
- Dirks, T.** (2006). "Timeline of influential milestones and turning points in film history." [<http://www.filmsite.org/milestonespre1900s.html>]. Consultado el 13 de octubre de 2006.

- Doheny, K.** (2006). "A new cure for serious PMS." *Shape*, febrero, p. 84.
- Donnelly, P., y White, C.** (2000). "Testicular dysfunction in men with primary hypothyroidism: Reversal of hypogonadotrophic hypogonadism with replacement thyroxine." *Clinical Endocrinology*, 52, pp. 197-201.
- Donoval, B., Passaro, D. y Klausner, J.** (2006). "The public health imperative for a neonatal herpes simplex virus infection surveillance system." *Sexually Transmitted Diseases*, 33, pp. 170-174.
- Doskoch, P.** (2005). "Evidence supporting the notion that bacterial vaginosis can be transmitted sexually continues to accumulate." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 37, p. 206.
- Douglas, C., Verna, P., Goktepe, K. y Nixon, L.** (2005). "United States: Men coerce women into vaginal cosmetic surgery." *Off Our Backs*, 35, p. 9.
- Douglas, T.** (2006). "The new world is on the ascent." *Education News*, 14 de agosto, p. 27.
- Dowd, M.** (2005). *Are Men Necessary?* Nueva York: Penguin Group.
- Doyle, A.** (2006, 12 de octubre). "Homosexual animals exhibit opens." [<http://www.news.com.au/story/0,23599,20571062-1702,00.html>]. Consultado el 8 de noviembre de 2006.
- Dreznick, M.** (2003). "Heterosocial competence of rapists and child molesters: A meta-analysis." *Journal of Sex Research*, 40, pp. 170-178.
- Drigotas, S., Rusbult, C. y Verette, J.** (1999). "Level of commitment, mutuality of commitment and couple well-being." *Personal Relationships*, 6, pp. 389-409.
- Duffy, J., Warren, K. y Walsh, M.** (2001). "Classroom interactions: Gender of teacher, gender of student and classroom subject." *Sex Roles*, 45, pp. 579-593.
- Dunleavy, R.** (2006). "Strategies for treating and managing testicular cancer." *Nursing Times*, 102, pp. 28-30.
- Dworkin, S., y O'Sullivan, L.** (2005). "Actual versus desired initiation patterns among a sample of college men: Tapping disjunctures within traditional male sexual scripts." *Journal of Sex Research*, 42, pp. 150-158.
- Eardley, I., Collins, O., Hackett, G. y Edwards, D.** (2006). "Partners of heterosexual men with erectile dysfunction, treated with vardenafil, feel themselves to be sexually more desirable." *The Journal of Sexual Medicine*, 3 (sup. 3), pp. 224-286.
- Eaton, S.** (2004). "Sierra Leone: The proving ground for prosecuting rape as a war crime." *Georgetown Journal of International Law*, 35, pp. 873-919.
- Ebell, M.** (2005). "Treating partners immediately reduces recurrence of STDs." *American Family Physician*, 72, p. 325.
- Edelman, A., Koontz, S., Nichols, M. y Jensen, J.** (2006). "Continuous oral contraceptives: Are bleeding patterns dependent on the hormones given?" *Obstetrics and Gynecology*, 107, pp. 657-665.
- Editorial Board** (2006). "Choosing women's health over sexual politics." *The Oregonian*, 30 de mayo, p. B4.
- Edlin, B., y Carden, M.** (2006). "Injection drug users: the overlooked core of the hepatitis C epidemic." *Clinical Infectious Diseases*, 42, pp. 673-676.
- Eggerton, J.** (2006). "Behind the cultural clean-up." *Broadcasting and Cable*, 136, p. 13.
- Eheman, C., Peipins, L., Wynn, M. y Ryerson, B.** (2006). "Development of a public health research program for ovarian cancer." *Journal of Women's Health*, 15, pp. 339-345.
- Eichenwald, K.** (2005). "Child Pornography sites face new obstacles." *The New York Times*, 30 de diciembre, p. A23.
- Eichenwald, K.** (2005). "Through his webcam, a boy joins a sordid online world." *The New York Times*, 19 de diciembre, p. A1.
- Einwalter, L., Ritchie, J., Ault, K. y Smith, E.** (2005). "Gonorrhea and chlamydia infection among women visiting family planning clinics: Racial variation in prevalence and predictors." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 37, pp. 135-140.
- Eke, N. y Nkanginieme, K.** (2006). "Female genital mutilation and obstetric outcome." *The Lancet*, 367, pp. 1799-1800.
- Elder, S.** (2005). "The lock box." *Psychology Today*, marzo/abril, pp. 42-46.
- Elliott, S., y Burgess, V.** (2005). "The presence of gamma-hydroxybutyric acid (GHB) and gammabutyrolactone (GBL) in alcoholic and nonalcoholic beverages." *Forensic Science International*, 151, pp. 289-292.
- Ellis, L., Robb, B. y Burke, D.** (2005). "Sexual orientation in United States and Canadian college students." *Archives of Sexual Behavior*, 34, pp. 569-582.
- El-Noshokaty, A.** (2006). "Sex and the city." [<http://weekly.ahram.org.eg/print/2006/813/lil.htm>]. Consultado el 26 de septiembre de 2006.
- El-Rouayheb, K.** (2006). "Before homosexuality in the Arab-Islamic world." *The Gay and Lesbian Review Worldwide*, 13, pp. 43-45.
- Else-Quest, Shibley Hyde, J. y DeLamater, J.** (2005). "Context counts: Long-term sequelae of premarital intercourse or abstinence." *Journal of Sex Research*, 42, pp. 102-113.

- Elwood, A.** (2005). "Female genital cutting, 'circumcision' and mutilation: Physical, psychological and cultural perspectives." *Contemporary Sexuality*, 39, pp. i-v.
- El-Zanaty, F. y Way, A.** (2006). *Egypt Demographic and Health Survey 2005*. Cairo, Egipto: Ministry of Health and Population, National Population Council, El-Zanaty and Associates, and ORC Macro.
- Ensler, E.** (2006). "Belly, dancing." *O: The Oprah Magazine*, junio, p. 47.
- Epstein, R.** (2006). "Do gays have a choice?" *Scientific American Mind*, febrero/marzo, pp. 51-57.
- Equal Employment Opportunity Comisión** (2006). "Sexual Harassment Charges EEOC and FEHRS Combined: FY1992-FY2004." [<http://www.eeoc.gov/stats/harass.html>]. Consultado el 26 de enero de 2006.
- Ericksen, J.** (1999). *Kiss and Tell: Surveying Sex in the Twentieth Century*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Escobar-Chaves, S., Tortolero, S., Markham, C. y Low, B.** (2005). "Impact of the media on adolescent sexual attitudes and behaviors." *Pediatrics*, 116, pp. 303-326.
- Eskridge, W., y Spedale, D.** (2006). *Gay Marriage: For Better or For Worse?: What We've Learned From the Evidence*. Nueva York: Oxford University Press.
- Estrada, D.** (2006). "'Morning after pill' for everyone-for free." [<http://www.ipsnews.net/print.asp?idnews=34572>]. Consultado el 12 de septiembre de 2006.
- Evans, N.** (2006). *State of Evidence*. San Francisco: Breast Cancer Fund.
- Fan, M.** (2006, 20 de septiembre). "On China's airwaves, a discourse on sex ed: Radio show caters to young audience." [http://www.boston.com/news/world/asia/articles/2006/09/20/on_chinas_airwaves_a_discourse_on_sex_ed]. Consultado el 26 de septiembre de 2006.
- Farley, M., Cotton, A., Lynne, J. y Zumbeck, S.** (2003). "Prostitution and trafficking in nine countries: An update on violence and posttraumatic stress disorder." *Journal of Trauma Practice*, 2, pp. 33-74.
- Farr, K.** (2004). *Sex Trafficking: The Global Market in Women and Children*. Nueva York: W. H. Freedman.
- Fauntleroy, G.** (2005). "Whose decision is it? The longterm legal implications of informed consent." *Mothering*, sept./oct., pp. 58-61.
- Federal Bureau of Investigation** (2006). "Uniform Crime Reports, 2004." [http://www.fbi.gov/ucr/cius_04/offenses_reported/violent_crime/forcible_rape.html]. Consultado el 13 de mayo de 2006.
- Federman, D.** (2006). "The biology of human sex differences." *The New England Journal of Medicine*, 354, pp. 1507-1514.
- Feldmann, L.** (2006). "A scorecard on curtailing unwanted pregnancy." *The Christian Science Monitor*, 1 de marzo, p. 2.
- Fennell, R.** (2006). "'The emperor has no clothes.: Emergency contraception should be available over-the-counter.'" *Journal of American College Health*, 54, pp. 257-260.
- Fentiman, I., Fourquet, F. y Hortobagyi, G.** (2006). "Male breast cancer." *The Lancet*, 367, pp. 595-605.
- Ferber, L.** (2006). "Queering the comics." *The Advocate*, 18 de julio, p. 51.
- Finer, L., Frohworth, L., Dauphinee, L. y Singh, S.** (2005). "Reasons U.S. women have abortions: Quantitative and qualitative perspectives." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 37, pp. 110-118.
- Fink, J.** (2006). "Practical tips for women who suffer from yeast infections." *RN*, 69, p. 52.
- Finkelhor, D., y Ormrod, R.** (2004). "Prostitution of juveniles: Patterns from NIBRS." *Juvenile Justice Bulletin*, junio, pp. 1-2.
- Fisher, W., Rosen, R., Eardley, I. y Niederberger, C.** (2006). "Female experience of men's attitudes to sexuality and life events: The FEMALES study." *Journal of Sex Research*, 43, p. 16.
- Fisher, W., Rosen, R., Sand, M. y Eardley, I.** (2006). "Prevalence of premature ejaculation among men with erectile dysfunction in the men's attitudes to life events and sexuality (MALES) study." *THE JOURNAL OF SEXUAL MEDICINE*, 3 (sup. 3), pp. 176-198.
- Fisher, W., Rosen, R., Wood, R. y Mollen, M.** (2006). "Female partners of men with erectile dysfunction receiving Vardenafil have improved sexual function: Results from a randomized double-blind placebo-controlled trial." *The Journal of Sex Research*, 32, pp. 17-18.
- Fleming, M., y Rickwood, D.** (2004). "Teens in cyberspace: Do they encounter friend or foe?" *Youth Studies Australia*, 23, pp. 46-52.
- Flory, N., Bissonnette, F., Amsel, R. y Binik, Y.** (2006). "The psychosocial outcomes of total and subtotal hysterectomy: A randomized controlled trial." *The Journal of Sexual Medicine*, 3, pp. 483-491.
- Foley, D.** (2006). "Spice up your love life." *Prevention*, 58, p. 172.
- Ford, C., Jaccard, J., Millstein, S., Bardsley, P. y Miller, W.** (2004). "Perceived risk of chlamydial and gonococcal infection among sexually experienced young adults in the United States." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36, pp. 258-264.

- Foubert, J., Garner, D. y Thaxter, P.** (2006). "An exploration of fraternity culture: implications for programs to address alcohol-related sexual assault." *College Student Journal*, 40, pp. 361-373.
- Fox, M.** (2006, 17 de noviembre). "Government Censured on Family Planning Policies." [http://news.yahoo.com/s/nm/20061117/pl_nm/contraception_dc_1]. Consultado el 29 de noviembre de 2006.
- Fox, R., Burton, D. y Lawson, D.** (2006). "The effect of spiritual attitudes on hypoactive sexual desire disorder." Ponencia presentada en la 38 Conferencia Anual de la AASECT "Gumbo Sexualite Upriver: Spicing Up Education and Therapy", St. Louis, junio/julio.
- Francoeur, R.** (2001). "Challenging collective religious/social beliefs about sex, marriage and family." *Journal of Sex Education and Therapy*, 26, pp. 281-290.
- Frank, N.** (2005). "Canning gay linguists." *The New Republic*, 24 de enero, pp. 11-12.
- Frankowski, B.** (2004). "Sexual orientation and adolescents." *Pediatrics*, 113, pp. 1827-1832.
- Frazier, K.** (2006). "Memory wars and monster stories." *Skeptical Inquirer*, 30, p. 4.
- Freeman, E., Sammel, M., Lin, H. y Nelson, D.** (2006). "Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression." *Archives of General Psychiatry*, 63, pp. 375-382.
- Freund, K., Seto, M. y Kuban, M.** (1997). "Frotteurism and the theory of courtship disorder." En D. Laws y W. O'Donohue (eds.), *Sexual Deviance: Theory, Assessment and Treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- Frohlich, P. y Meston, C.** (2005). "Tactile sensitivity in women with sexual arousal disorder." *Archives of Sexual Behavior*, 34, pp. 207-218.
- Fugl-Meyer, K., Oberg, K., Lundberg, P. y Lewin, B.** (2006). "On orgasm, sexual techniques and erotic perceptions in 18- to 74-year-old Swedish women." *The Journal of Sexual Medicine*, 3, pp. 56-68.
- Gaboury, J.** (2005). "A personal perspective: Saying 'I don't.'" *SIECUS Report*, 33, p. 29.
- Gaby, A.** (2005). "Vitamin E relieves menstrual pain." *Townsend Letter for Doctors and Patients*, diciembre, p. 46.
- Gallant, J., DeJesus, E., Arribas, J. et al.** (2006). "Tenofovir DF, emtricitabine and efavirenz vs. zidovudine, lamivudine and efavirenz for HIV." *New England Journal of Medicine*, 354, pp. 251-260.
- Gallo, L., y Smith, T.** (2001). "Attachment style in marriage: Adjustment and responses to interaction." *Journal of Social and Personal Relationships*, 18, pp. 263-289.
- Gandhi, T., Wei, W., Amin, K. y Kazanjian, P.** (2006). "Effect of maintaining highly active antiretroviral therapy on AIDS events among patients with late-stage HIV infection and inadequate response to therapy." *Clinical Infectious Diseases*, 42, pp. 878-884.
- Garcia-Banigan, D., y Guay, A.** (2005). "Testosterone treatment in women." *Contemporary Sexuality*, 39, pp. i-vii.
- Gardner, M.** (2006). "The memory wars: Part I." *Skeptical Inquirer*, 30, pp. 28-31.
- Gearhart, P., y Robboy, A.** (2005). "Sex and sexuality in pregnancy." Ponencia presentada en la 37 Conferencia Anual de la AASECT "¿Qué hay de nuevo, qué obras?: soluciones para el pionero de hoy en cuestiones sexuales", Portland, OR, mayo.
- Geary, S., y Moon, Y.** (2006). "The human embryo in vitro: Recent progress." *The Journal of Reproductive Medicine*, 51, pp. 293-302.
- Gelperin, N.** (2005). "Oral sex and teens: The new third base?" Ponencia presentada en la 37 Conferencia Anual de la AASECT "¿Qué hay de nuevo, qué obras?: soluciones para el pionero de hoy en cuestiones sexuales", Portland, OR, mayo.
- Genuis, S., y Genuis, S.** (2005). "Implications of cyberspace communication." *Southern Medical Journal*, 98, pp. 451-455.
- George, A., Waxman, A., Scott, C. y Kimmel, S.** (2006). "'Hooking up' and its clinical implications." Ponencia presentada en la 54 Reunión Anual del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, mayo.
- Gertler, P., Shah, M. y Bertozzi, S.** (2005). "Risky business: The market for unprotected commercial sex." *Journal of Political Economy*, 113, pp. 518-551.
- Getahun, D., Oyelese, Y., Slihu, H. y Ananth, C.** (2006). "Previous cesarean delivery and risks of placenta previa and placental abruption." *Obstetrics and Gynecology*, 107, pp. 771-778.
- Ghani, J., y Aral, S.** (2005). "Patterns of sex worker-client contacts and their implications for the persistence of sexually transmitted infections." *Journal of Infectious Diseases*, 191, pp. 534-541.
- Ghurka, P.** (2006, 29 de mayo). "Womb for sale @ Rs 2 Lakhs!" [http://timesofindia.com/articleshow/msid-1960225,prtpage-1.cms]. Consultado el 12 de septiembre de 2006.
- Giorgiari, T., Mahaffey, A., Craighead, W. y Hutchison, K.** (2005). "Appetitive responses to sexual stimuli are attenuated in individuals with low levels of sexual desire." *Archives of Sexual Behavior*, 34, pp. 547-557.

- Gierhart, B.** (2006). "When does a 'less than perfect' sex life become female sexual dysfunction?" *Obstetrics and Gynecology*, 107, pp. 750-751.
- Gittelman, M., Liao, Q., Song, X. y Geng, L.** (2006). "A placebo-controlled, double-blind study of the efficacy and safety of an alprostadil topical cream in patients with female sexual arousal disorder." *The Journal of Sexual Medicine*, 3 (sup. 3), pp. 224-286.
- Glaser, G.** (2006). "Oregon births a boom in surrogate babies." *The Oregonian*, 9 de julio, p. A1.
- Glina, S.** (2006). "What to say to the couple regarding their future sex life at the time of working out the treatment strategy?" *The Journal of Sexual Medicine*, 3 (sup. 2), p. 85.
- Goad, K.** (2006). "Big-earning wives, and the men who love them." [<http://lifestyle.msn.com/Relationships/CouplesandMarriage>]. Consultado el 12 de agosto de 2006.
- Goldberg, A., y Sayer, A.** (2006). "Lesbian couples' relationship quality across the transition to parenthood." *Journal of Marriage and Family*, 68, pp. 87-100.
- Goldberg, M.** (2006). *Kingdom Coming: The Rise of Christian Nationalism*. Nueva York: W.W. Norton and Company.
- Goldman, J., y Padayachi, U.** (2000). "Some methodological problems in estimating incidence and prevalence in child sexual abuse research." *Journal of Sex Research*, 37, pp. 305-315.
- Goldstein, A., Klingman, D., Christopher, K. y Johnson, C.** (2006). "Surgical treatment of vulvar vestibulitis syndrome: Outcome assessment derived from a postoperative questionnaire." *The Journal of Sexual Medicine*, 3, pp. 923-931.
- Goldstein, I., y Alexander, J.** (2005). "Practical aspects in the management of vaginal atrophy and sexual dysfunction in perimenopausal and postmenopausal women." *The Journal of Sexual Medicine*, 2, pp. 154-165.
- Gottman, J., Murray, J., Swanson, C., Tyson, R. y Swanson, K.** (2003). *The Mathematics of Marriage: Dynamic Linear Models*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Gottman, J., Swanson, C. y Murray, J.** (1999). "The mathematics of marital conflict: Dynamic mathematical nonlinear modeling of newly-wed marital interaction." *Journal of Family Psychology*, 13, pp. 3-19.
- Gowen, L.** (2005). "Normative use of online sexual activities." *The Oregon Psychologist*, nov./dic., pp. 5-6.
- Graham, J.** (2006). "Doctors push 'morning-after pill': Campaign urges prescriptions that are written ahead." *Chicago Tribune*, 9 de mayo, NA.
- Grannis, K.** (2005). "Bi and invisible." *The Advocate*, 22 de noviembre, p. 24.
- Grant, J.** (2006). "Hate crimes: Teaching hospital." *The Advocate*, 28 de febrero, p. 20.
- Greene, K., y Faulkner, S.** (2005). "Gender, belief in the sexual double standard and sexual talk in heterosexual dating relationships." *Sex Roles: A Journal of Research*, 53, pp. 239-251.
- Greenfield, D.** (2005). "The net effect: Internet addiction and compulsive Internet use." *The Oregon Psychologist*, nov./dic., pp. 15-17.
- Griensven, F., Naorat, S., Kilmarx, P., Jeeyapant, S. et al.** (2006). "Palmtop-assisted self-interviewing for the collection of sensitive behavioral data: Randomized trial with drug use urine testing." *American Journal of Epidemiology*, 163, pp. 271-278.
- Grodstein, F., Manson, J. y Stampfer, M.** (2006). "Hormone therapy and coronary heart disease: The role of time since menopause and age at hormone initiation." *Journal of Women's Health*, 15, pp. 35-44.
- Gross, B.** (2004). "Sleeping dogs-dreams and repressed memories." *Annals of the American Psychotherapy Association*, 7, pp. 43-44.
- Gross, B.** (2006). "The pleasure of pain." *The Forensic Examiner*, 15, pp. 56-61.
- Gruszecki, L., Forchuk, C. y Fisher, W.** (2005). "Factors associated with common sexual concerns in women: New findings from the Canadian contraception study." *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 14, pp. 1-14.
- Gupta, P., y Subramoney, S.** (2006). "Smokeless tobacco use and risk of stillbirth: A cohort study in Mumbai, India." *Epidemiology*, 17, pp. 47-51.
- Guttmacher Institute** (2006). "Insurance coverage of contraceptives." *Guttmacher Institute*, 14 de febrero, pp. 1-2.
- Guyon, J.** (2006). "Cancer and the culture wars: The coming storm over a cancer vaccine." [<http://www.fortune.com/fortune/technology/articles/0,15114,1117908,00.htm>]. Consultado el 14 de mayo de 2006.
- Haansbaek, T.** (2006). "Partner to a rape victim: How is he doing?" *The Journal of Sex Research*, 43, pp. 18-19.
- Hagen, H., Latka, M., Campbell, J., Golub, E., Garfein, R. et al.** (2006). "Eligibility for treatment of hepatitis C virus infection among drug users in 3 U.S. cities." *Clinical Infectious Diseases*, 42, pp. 669-673.
- Hagen, R.** (2006). "At your service." *The Advocate*, 15 de agosto, p. 26.
- Hall, B.** (2006, 17 de enero). "Pro-Bush, pro-equality." [http://www.advocate.com/exclusive_detail_ektid24536.asp]. Consultado el 24 de mayo de 2006.
- Halpern-Felsher, B., Cornell, J., Kropp, R. y Tschann, J.** (2005). "Oral versus vaginal sex among

- adolescents: Perceptions, attitudes and behavior." *Pediatrics*, 44, pp. 115, 845-851, 1023-1024.
- Halpern-Felsher, B., Kropp, B., Boyer, C., Tschann, J. y Ellen, J.** (2004). "Adolescents' self-efficacy to communicate about sex: its role in condom attitudes, commitment and use." *Adolescence*, 39, pp. 443-456.
- Hammond, C.** (2006). "Time to change." *Obstetrics and Gynecology*, 107, p. 549.
- Hampton, T.** (2005). "Researchers discover a range of factors undermine sperm quality, male fertility." *Journal of the American Medical Association*, 294, pp. 2829-2830.
- Hampton, T.** (2006). "High prevalence of lesser-known STDs." *Journal of the American Medical Association*, 295, p. 2467.
- Han, J., Wrablewski, G., Xu, Z., Silverman, R. y Barton, D.** (2004). "Sensitivity of hepatitis C virus RNA to the antiviral enzyme ribonuclease L is determined by a subset of efficient cleavage sites." *Journal of Interferon and Cytokine Research*, 24, pp. 664-676.
- Handsfield, H.** (2006). "Nongonococcal urethritis: A few answers but mostly questions." *Journal of Infectious Diseases*, 193, pp. 333-335.
- Hanus, J.** (2006). "Monomaniacal monogamy." *Utne*, marzo/abril, p. 55.
- Hanus, J.** (2006). "The culture of pornography is shaping our lives, for better and for worse." *Utne*, sept/oct., pp. 58-60.
- Hargreaves, S.** (2004). "Recognizing rape as torture: Legal and therapeutic challenges." *Lancet*, 363, p. 1916.
- Hari, J.** (2006). "What we can learn from female sex tourists." *The Independent* (Londres), 13 de julio, p. C 7.
- Harper, C.** (2005). "The effect of increased access to emergency contraception among young adolescents." *Obstetrics and Gynecology*, 106, pp. 483-491.
- Harper, D., Franco, E., Wheeler, C. et al.** (2004). "Efficacy of a bivalent L1 virus-like particle vaccine in prevention of infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young women: A randomized, controlled trial." *Lancet*, 364, pp. 1757-1765.
- Harris Poll** (2006). "Large majority support more access to birth control information." [www.harrisinteractive.com/news/NewsID=1064]. Consultado el 2 de febrero de 2006.
- Harris, A.** (2005). "The state as the 'Top': The government's control of sex." [http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m2372/is_4_42/ai_n15929185/print]. Consultado el 15 de abril de 2006.
- Harris, C.** (2002). "Sexual and romantic jealousy in heterosexual and homosexual adults." *Psychological Science*, 13, pp. 7-12.
- Harris, C.** (2003). "A review of sex differences in sexual jealousy, including self-report data, psychophysiological responses, interpersonal violence and morbid jealousy." *Personality and Social Psychology Review*, 7, pp. 102-128.
- HarrisInteractive** (2006). "Large majorities support more access to birth control information, and agree that it is a good way to prevent abortions." [http://www.harrisinteractiva.com/news/printerfriendly/index.asp?NewsID=1064]. Consultado el 8 de julio de 2006.
- Hartwell, C.** (2005). "HIV/AIDS in South Africa: A review of sexual behavior among adolescents." *Adolescence*, 40, pp. 171-181.
- Harvard Health Publications** (2006). "Hormone replacement, the male version." [http://health.msn.com/print.aspx?ch-comentid=100100802]. Consultado el 11 de mayo de 2006.
- Harvard Health Publications** (2006, marzo). "Life after 50: A Harvard study of male sexuality." [http://health.msn.com/centers/mensexualhealth/articlepage.aspx?cp-documentid=100127818]. Consultado el 9 de agosto de 2006.
- Haslam, N., y Levy, S.** (2006). "Essentialist belief about homosexuality: Structure and implications for prejudice." *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32, pp. 471-485.
- Hatcher, R.** (2003). *A Pocket Guide to Managing Contraception*. Tiger, GA: Bridging the Gap Foundation.
- Hatcher, R.** (2006). "Why is the IUD number one?" *Contraceptive Technology Update*, 1 de febrero, pNA.
- Hawkins, T.** (2006). "Appearance-related side effects of HIV-1 treatment." *AIDS Patient Care*, 20, pp. 6-13.
- Hayes, R., Bennett, C., Fairley, C. y Dennerstein, L.** (2006). "What can prevalence studies tell us about female sexual difficulty and dysfunction?" *The Journal of Sexual Medicine*, 3, pp. 589-595.
- Hays, M.** (2006). "Marrying Mounties." *The Advocate*, 18 de julio, p. 15.
- Heavey, S.** (2006). "Plan B decision made before data review: FDA staff." [http://news.yahoo.com/s/nm/20060804/hl_nm/contraceptive_dc&printer=1]. Consultado el 4 de agosto de 2006.
- Heck, J., Sell, R. y Gorin S.** (2006). "Health care access among individuals involved in same-sex relationships." *American Journal of Public Health*, 96, pp. 1111-1118.
- Helien, A., Casabe, A. y Bechara, A.** (2005). "Male anorgasmia: Contributions to its treatment." Ponencia presentada en el VIII Congreso de la Sociedad Latinoamericana para el Estudio de

- la Impotencia y la Sexualidad, Cairns, Australia, diciembre.
- Hellstrom, W., Nehra, A., Shabsigh, R. y Sharlip, I.** (2006). "Premature ejaculation: The most common male sexual dysfunction." Ponencia presentada en la Reunión de Otoño de la Sociedad de Medicina Sexual de América del Norte, Nueva York, noviembre.
- Hendrick, C., y Hendrick, S.** (2003). "Romantic love: Measuring cupid's arrow." En S. Lopez y C. Zinder (eds.), *Positive Psychological Assessment: A Handbook of Models and Measures*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Henneman, T.** (2006). "Companies that embrace equality." *The Advocate*, 10 de octubre, pp. 59-68.
- Henry J. Kaiser Family Foundation** (2005). "Number of sexual scenes on TV nearly double since 1998." [<http://www.kff.org/entmedia/entmedia110905nr.cfm?RenderForPrint=1>]. Consultado el 19 de febrero de 2006
- Hernandez, G.** (2006). "The last battle." *The Advocate*, 14 de febrero, pp. 49-54.
- Hesketh, R., y Xing, A.** (2006). "Abnormal sex ratios in human populations: Causes and consequences." *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 103, pp. 13271-13275.
- Hewett, P., Erulkar, A. y Mensch, B.** (2004a). "The feasibility of computer-assisted survey interviewing in Africa: Experience from two rural districts in Kenya." *Social Science Computer Review*, 22, pp. 319-334.
- Hewett, P., Mensch, B. y Erulkar, A.** (2004b). "Consistency in the reporting of sexual behaviour among adolescent girls in Kenya: A comparison of interviewing methods." *Sexually Transmitted Diseases*, 80 (sup.), pp. 1143-1148.
- Hilden, M., Schei, B. y Sidenius, K.** (2005). "Genitoanal injury in adult female victims of sexual assault." *Forensic Science International*, 154, pp. 200-205.
- Hillard, P.** (2005). "Overview of contraception." *Adolescent Medicine*, 16, pp. 485-493.
- Hines, M.** (2004). *Brain Gender*. Nueva York: Oxford University Press.
- Hines, M., Brook, C. y Conway, G.** (2004). "Androgen and psychosexual development: Core gender identity, sexual orientation, and recalled childhood gender role behavior in women and men with congenital adrenal hyperplasia." *Journal of Sex Research*, 41, pp. 75-81.
- Hirokawa, K., Yagi, A. y Miyata, Y.** (2004). "An experimental examination of the effects of sex and masculinity/femininity on psychological, physiological and behavioral responses during communication situations." *Sex Roles: A Journal of Research*, 51, pp. 91-99.
- Hobbs, M.** (2006). "Adult entertainment lawyer wins battle over Georgia obscenity law." *New Jersey Law Journal*, 27 de marzo, pNA.
- Hocht, S., y Hinkelbein, W.** (2005). "Postoperative radiotherapy for prostate cancer." *Lancet*, 366, pp. 524-525.
- Hodge, D.** (2005). "Social work and the house of Islam: Orienting practitioners to the beliefs and values of Muslims in the United States." *Social Work*, 50, pp. 162-173.
- Hodson, J.** (2006). "Clinical: Put HRT risks in perspective." *GP*, 17 de febrero, p. 29.
- Hoffman, R.** (2006). "Viewpoint: Limiting prostate cancer screening." *Annals of Internal Medicine*, 144, pp. 438-440.
- Hoffman, S., O'Sullivan, L., Harrison, A., Dolezal, C. y Monroe-Wise, A.** (2006). "HIV risk behaviors and the context of sexual coercion in young adults' sexual interactions: Results from a diary study in rural South Africa." *Sexually Transmitted Diseases*, 33, pp. 52-58.
- Hoggard, L.** (2006). "Women who travel for sun and sex." *The Sunday Independent*, 16 de julio, p. A5.
- Hollander, D.** (2006). "Skills-oriented counseling holds promise for increasing women's use of barrier methods." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38, pp. 58-59.
- Holstege, G., Georgiadis, J., Paans, A., Meiners, L. et al.** (2003). "Brain activation during human male ejaculation." *Journal of Neuroscience*, 23, pp. 9185-9193.
- Hongo, J.** (2006). "Porn 'anime' boasts big U.S. beachhead." [<http://search.japantimes.co.jp/print/n20060711fl.html>]. Consultado el 19 de julio de 2006.
- Hoofnagle, J.** (2006). "Hepatitis B-Preventable and now treatable." *New England Journal of Medicine*, 354, pp. 1074-1076.
- Hook, M., Gerstein, L., Detterich, L. y Gridley, B.** (2003). "How close are we? Measuring intimacy and examining gender differences." *Journal of Counseling and Development*, 81, pp. 462-472.
- Horton, M.** (2005). "Circumcision shouldn't hurt." *Fit Pregnancy*, 12, p. 25.
- Hudson, T.** (2006). "Bio-identical hormones: One clinician's perspective." *Townsend Letter for Doctors and Patients*, abril, pp. 113-116.
- Hudson, T., y Kochan, L.** (2005). "Vaginitis: Two common causes, bacterial vaginosis and atrophic vaginitis." *Townsend Letter for Doctors and Patients*, agosto/sep., pp. 116-119.
- Hughes, M., Morrison, K. y Asada, K.** (2005). "What's love got to do with it? Exploring the

- impact of maintenance rules, love attitudes and network support on friends with benefits relationships." *Journal of Sex Research*, 42, pp. 113-118.
- Human Rights Campaign** (2005). *Relationship recognition in the U.S.* Washington, D.C.: Human Rights Campaign.
- Human Rights Campaign** (2006). "Marriage/relationship recognition laws: International." [<http://hrc.org/PrinterTemplate.cfm?Section=Center&CONTENTID=26546>]. Consultado el 7 de agosto de 2006.
- Human Rights Watch** (2006). "The less they know, the better: Abstinence-only HIV/AIDS programs in Uganda." [<http://hrw.org/reports/2005/uganda0305/>]. Consultado el 18 de julio de 2006.
- Huppert, J.** (2006). "New detection methods for trichomoniasis may help curb more serious STIs." *Patient Care*, mayo, pp. 32-36.
- Hyde, J.** (2004). *Half the Human Experience: The Psychology of Women* (6a. ed.). Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Iervolino, A., Hines, M., Golombok, S., Rust, J. y Plomin, R.** (2005). "Genetic and environmental influences on sex-typed behavior during preschool years." *Child Development*, 76, pp. 826-840.
- Illingworth, B.** (2006). "Birth control in developing nations." [<http://www.plannedparenthood.org/pp2/portal/files/portal/webzine/globaldispatch>]. Consultado el 7 de junio de 2006.
- Imam, N.** (2006, 28 de junio). "Country tops world maternal mortality rating, says NGO." [<http://allafrica.com/stories/printable/200606280407.html>]. Consultado el 5 de julio de 2006.
- Incrocci, L.** (2006). "The effect of cancer on sexual function." *The Journal of Sexual Medicine*, 3 (sup. 2), p. 73.
- Internet World Stats** (2006). "World Internet Usage and Population Statistics." [<http://www.InternetWorldStats.com>]. Consultado el 12 de octubre de 2006.
- Intersex Society of North America** (2006). "Frequency: How Common Are Intersex Conditions?" [<http://www.isna.org/faq/frequency.html>]. Consultado el 4 de enero de 2006.
- Ireland, D.** (2006). "Iran's solution for gays." *The Advocate*, 23 de mayo, p. 31.
- Ireland, D.** (2006). "Iraqi exile." *The Advocate*, 9 de mayo, p. 12.
- Isaacs, J.** (2006). "Ask the pro/infertility." *Newsweek*, 13 de marzo, p. 66.
- Israel, E.** (2006, 3 de julio). "Castro's niece fights for new revolution." [http://news.yahoo.com/s/nm/20060703/od_nm/cuba_sex_cd&printer=1]. Consultado el 10 de julio de 2006.
- Juliano, A., Speizer, I., Santelli, J. y Kendall, C.** (2006). "Reasons for contraceptive nonuse at first sex and unintended pregnancy." *American Journal of Health Behavior*, 30, pp. 92-102.
- Jack, G., y Zeitlin, S.** (2005). "Treatment strategies for a patient with chronic prostatitis." *Patient Care*, 39, pp. 18-24.
- Jackson, G., Rosen, R., Kloner, R. y Kostis, J.** (2006). "The second Princeton consensus on sexual dysfunction and cardiac risk: New guidelines for sexual medicine." *The Journal of Sexual Medicine*, 3, pp. 28-36.
- Jancin, B.** (2005). "Teen addiction to cybersex called pervasive." *Family Practice News*, 35, pp. 36-37.
- Jay, D.** (2005, 28 de mayo). "Asexual: A person who does not experience sexual attraction." [<http://www.asexuality.org/home/>]. Consultado el 29 de mayo de 2006.
- Jefferson, D.** (2005). "Party, play-and pay." *Newsweek*, 28 de febrero, pp. 38-39.
- Jeffery, C.** (2006). "Why women can't win for trying." *Mother Jones*, enero/febrero, pp. 22-23.
- Jeffreys, S.** (2005). *Beauty and Misogyny: Harmful Cultural Practices in the West*. Nueva York: Routledge.
- Jenkins, S., y Aube, J.** (2002). "Gender differences and gender-related constructs in dating aggression." *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, pp. 1106-1118.
- Johnsen, M.** (2005). "Bill targets right to refuse/right to fill debate." *Drug Store News*, 27, pp. 21-22.
- Johnson, D.** (2006). "Silencing herpes simplex virus with a vaginal microbicide." *New England Journal of Medicine*, 354, pp. 970-971.
- Johnson, D., y Piore, A.** (2004). "Home in two worlds." *Newsweek*, 18 de octubre, pp. 53-54.
- Johnson, E.** (2006). "A church-state deal that kills women." *Ms.*, invierno, p. 28.
- Johnson, K.** (2002). "Time, patience needed to find right testosterone level with HRT." *Family Practice News*, 32, p. 31.
- Johnson, T., y Stahl, C.** (2004). "Sexual experiences associated with participation in drinking games." *Journal of General Psychology*, 131, pp. 304-320.
- Jones, L.** (2006). "Sexuality shift." *Men's Health*, enero/febrero, p. 38.
- Jones, R.** (2003). "The height of vanity: in China, height equals more than beauty. It can land you a job, and even a husband. Richard Jones investigates the growth of a painful beauty trend-and its often tragic consequences." *Marie Claire*, 10, pp. 92-98.
- Jones, R., Purcell, A. y Singh, S.** (2005). "Adolescents' reports of parental knowledge of

- adolescents' use of sexual health services and their reactions to mandated parental notification for prescription contraception." *Journal of the American Medical Association*, 93, pp. 340-348.
- Joyce, T., Kaestner, R. y Colman, S.** (2006). "Changes in abortions and births and the Texas parental notification law." *The New England Journal of Medicine*, 354, pp. 1031-1038.
- Juarez, V.** (2006). "www.findlovehere.com." *Newsweek*, 20 de febrero, p. 60.
- Juninger, J.** (1997). "Fetishism: Assessment and treatment." En D. Laws y W. O'Donohue (eds.), *Sexual Deviance: Theory, Assessment and Treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- Kaelin, C., Fuller, A. y Coltrera, F.** (2006). "New hopes, longer life." *Newsweek*, 24 de abril p. 65.
- Kahn, J., y Hillard, P.** (2006). "Progress in preventing cervical cancer and other HPV-related diseases." *Contemporary Pediatrics*, 23, pp. 56-63.
- Kaiser, J.** (2003). "Studies of gay men, prostitutes come under scrutiny." *Science*, 300, p. 403.
- Kalb, C.** (2006). "Marriage: Act II." *Newsweek*, 20 de febrero, pp. 62-63.
- Kalb, C., y Murr, A.** (2006). "Battling a black epidemic." *Newsweek*, 15 de mayo, pp. 41-48.
- Kalb, C., y Springen, K.** (2006). "The war on HPV." *Newsweek*, 24 de abril, pp. 61-64.
- Kane, E.** (2006). "No way my boys are going to be like that! Parents' responses to children's gender nonconformity." *Gender and Society*, 20, pp. 149-176.
- Kantrowitz, B.** (2006). "Sex and love: The new world." *Newsweek*, 20 de febrero, pp. 51-60.
- Kantrowitz, B.** (2006). "The quest for rest." *Newsweek*, 24 de abril, pp. 51-56.
- Kantrowitz, B., y Wingert, P.** (2005). "Sex, drugs and hope." *Newsweek*, 28 de noviembre, p. 48.
- Kapinus, C.** (2005). "The effect of parental marital quality on young adults' attitudes toward divorce." *Sociological Perspectives*, 48, pp. 319-335.
- Kaplan, E.** (2004). "With God on their side: How Christian fundamentalists trampled science, policy and democracy in George W. Bush's White House." *SIECUS Report*, 32, pp. 4-8.
- Kaplan, M., y Krueger, R.** (1997). "Voyeurism: Psychopathology and theory." En D. Laws y W. O'Donohue (eds.), *Sexual Deviance: Theory, Assessment and Treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- Kapoor, D., y Jones, T.** (2005). "Smoking and hormones in health and endocrine disorders." *European Journal of Endocrinology*, 152, pp. 491-499.
- Karama, S., Lecours, A., Leroux, J., Blurgovin, P. et al.** (2002). "Areas of brain activation in males and females during viewing of erotic film excerpts." *Human Brain Mapping*, 16, pp. 1-13.
- Kassing, L., Beesley, D. y Frey, L.** (2005). "Gender role conflict, homophobia age and education as predictors of male rape myth acceptance." *Journal of Mental Health Counseling*, 27, pp. 311-328.
- Katharine Dexter McCormick Library** (2002). "A history of contraceptive methods." [http://www.plannedparenthood.org/library/birthcontrol/020709_bchistory.html]. Consultado el 25 de enero de 2004.
- Katz, E.** (2003). *I Can't Believe I'm Buying This Book*. Berkeley, CA: Ten Speed Press.
- Keele, B., Van Heuverswyn, F., Li, Y. et al.** (2006). "Chimpanzee reservoirs of pandemic and nonpandemic HIV-1." [<http://www.sciencexpress.org>]. Consultado el 22 de junio de 2006.
- Keller, J.** (2002). "Blatant stereotype threat and women's math performance." *Sex Roles*, 47, pp. 193-198.
- Kelley, R.** (2005). "Going straight for IVF." *Newsweek*, 4 de julio, p. 55.
- Kellogg-Spadt, S.** (2006). "Innovative treatments for vulvar and sexual pain." Ponencia presentada en la 38 Conferencia Anual de la AASECT "Gumbo Sexualite Upriver: Spicing Up Education and Therapy", St. Louis, junio/julio.
- Kelsberg, G., Bishop, R. y Morton, J.** (2006). "When should a child with an undescended testis be referred to a urologist?" *Journal of Family Practice*, 55, pp. 336-337.
- Kempner, M.** (2004). "Campaign 2004-Where were sexuality-related issues?" *SIECUS Report*, 32, pp. 2-3.
- Kempner, M.** (2005). "Sex workers: A glimpse into public health perspectives." *SIECUS Report*, 33, p. 2.
- Kennedy, S.** (2006). "Lesbian, for now." *The Advocate*, 10 de octubre, p. 26.
- Kent, C., Chaw, J., Wong, W., Liska, S., Gibson, S. et al.** (2005). "Prevalence of rectal, urethral and pharyngeal chlamydia and gonorrhea detected in 2 clinical settings among men who have sex with men." *Clinical Infectious Diseases*, 41, pp. 67-74.
- Kerr, K.** (2006, 12 de mayo). "FDA chief's secret 'Plan B' meeting." [<http://www.newsday.com/business/ny-bzplan124738768may12,0,5663803,print.story>]. Consultado el 18 de junio de 2006.
- Khalsa, A.** (2006). "Preventive counseling, screening and therapy for the patient with newly diagnosed HIV infection." *American Family Physician*, 73, pp. 271-272.
- King, W.** (2006). "Success rates climb as 'test-tube' technology improves." *The Seattle Times*, 10 de marzo, pNA.

- Kinkade, S., Meadows, S. y Garcia-Trujillo, J.** (2005). "Does neonatal circumcision decrease morbidity?" *Journal of Family Practice*, 54, pp. 81-82.
- Kinnish, K., Strassberg, D. y Turner, C.** (2005). "Sex differences in the flexibility of sexual orientation: A multidimensional retrospective assessment." *Archives of Sexual Behavior*, 34, pp. 173-184.
- Kirby, D.** (2001). *Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teenage Pregnancy*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teenage Pregnancy.
- Kirby, D.** (2002). "The impact of schools and school programs upon adolescent sexual behavior." *Journal of Sex Research*, 39, pp. 27-33.
- Kitch, M.** (2006). "Perceptions of gays undergoing an evolution." *The Sunday Oregonian*, 13 de agosto, p. F2.
- Kitts, R.** (2005). "Gay adolescents and suicide: Understanding the association." *Adolescence*, 40.
- Klein, J.** (2005). "Adolescent pregnancy: Current trends and issues." *Pediatrics*, 116, pp. 281-286.
- Klein, M.** (2000). "Sexual intelligence: An electronic newsletter." [www.sexed.org/newsletters/issue09.html]. Consultado el 3 de mayo de 2006.
- Klein, M.** (2005). "Treating complex couples." Ponencia presentada en la 37 Conferencia Anual de la AASECT "¿Qué hay de nuevo, qué obras?: soluciones para el pionero de hoy en cuestiones sexuales", Portland, OR, mayo.
- Klein, M.** (2006). *America's War on Sex: The Attack on Law, Lust and Liberty*. Westport, CT: Praeger.
- Kleinplatz, P., y Moser, C.** (2004). "Toward clinical guidelines for working with BDSM clients." *Contemporary Sexuality*, 38, pp. 1 y 4.
- Knight, K.** (2006). "Men for sale?" [http://www.dailymail.co.uk/pages/test/print.html?in_article_id=400187&in_page_id=1879]. Consultado el 16 de agosto de 2006.
- Knox, K.** (2006, 11 de noviembre). "Report finds adultthemed searches rank high in Utah." [http://www.freespeechcoalition.com/FSCprint.asp?coid=9777]. Consultado el 26 de noviembre de 2006.
- Kobrin, S.** (2006, 15 de abril). "More women seek vaginal plastic surgery." [http://www.womensenews.org/article.cfm/dyn/aid/2067/context/archive]. Consultado el 15 de abril de 2006.
- Koen, K., Rompay, V., McChesney, N., Schmidt, K. et al.** (2001). "Two low doses of tenofovir protect newborn macaques against oral simian immunodeficiency virus infection." *Journal of Infectious Diseases*, 184, pp. 429-438.
- Koen, K., Rompay, V., Schmidt, K., Lawson, J. et al.** (2002). "Topical administration of low-dose tenofovir disoproxil fumarate to protect infant macaques against multiple oral exposure of low doses of simian immunodeficiency virus." *Journal of Infectious Diseases*, 186, pp. 1508-1513.
- Kollin, C., Hesser, U., Ritzen, M. y Karpe, B.** (2006). "Testicular growth from birth to two years of age and the effect of orchidopexy at age nine months: A randomized, controlled study." *Acta Paediatrica*, 95, pp. 318-324.
- Koo, D., Begier, E., Henn, M., Sepkowitz, K. y Kellerman, S.** (2006). "HIV counseling and testing: Less targeting, more testing." *American Journal of Public Health*, 96, pp. 962-963.
- Koo, H., Woodsong, C., Dalberth, B., Viswanathan, M. y Simons-Rudolph, A.** (2005). "Context of acceptability of topical microbicides: Sexual relationships." *Journal of Social Issues*, 61, pp. 67-93.
- Koppelman, A.** (2006). "That's obscene! Or is it? Why censoring evil does more harm than good." *Utne*, sep./oct., pp. 61-62.
- Kort, J.** (2004). "Queer eye for the straight therapist." *Psychotherapy Networker*, mayo/junio, pp. 56-61.
- Kort, J.** (2005). "The new mixed marriage." *Psychotherapy Networker*, sept./oct., p. 8389.
- Kort, M.** (2006). "Denial by delay." *Ms.*, invierno, pp. 12-13.
- Koss, M., Bailey, J., Yuan, N., Herrera, V. y Lichter, E.** (2003). "Depression and PTSD in survivors of male violence: Research and training initiatives to facilitate recovery." *Psychology of Women Quarterly*, 27, pp. 130-142.
- Koumans, E., Sternberg, M., Motamed, C., Kohl, K., Schillinger, J. y Markowitz, L.** (2005). "Sexually transmitted disease services at U.S. colleges and universities." *Journal of College Health*, 53, pp. 211-217.
- Kovacs, A., y Osvath, P.** (2006). "Genital retraction syndrome in Korean woman: A case of koro in Hungary." [http://www.Medscape/abstract/9697166]. Consultado el 7 de enero de 2006.
- Krahe, B., Waizenhofer, E. y Moller, I.** (2003). "Women's sexual aggression against men: Prevalence and predictors." *Sex Roles*, 49, pp. 219-232.
- Kreahling, L.** (2005). "The perils of needles to the body." *The New York Times*, 1 de febrero, p. F5.
- Kripke, C.** (2006). "Cyclic vs continuous or extendedcycle combined contraceptives." *American Family Physician*, 73, p. 803.
- Kristof, N.** (2006). "Beyond chastity belts." *The New York Times*, 2 de mayo, p. A25.
- Kruger, T., Haake, P., Hartmann, U., Schedlowski, M. y Exton, M.** (2002). "Orgasm-induced prolactin secretion: Feedback control of sexual drive?" *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 26, p. 3144.

- Kuehn, B.** (2005). "Syphilis rates rise among men: Trends for other STDs mixed." *Journal of the American Medical Association*, 294, pp. 3072-3073.
- Kuhr, F.** (2006). "The science of same-sex marriage." *The Advocate*, 23 de mayo, pp. 35-36.
- Kuipers, H.** (1998). "Anabolic steroids: Side effects." *Encyclopedia of Sports Medicine and Science*, 7 de marzo, pNA.
- Kuriansky, J., y Simonson, H.** (2005). "What is tantra?" Ponencia presentada en la 37 Conferencia Anual de la AASECT "¿Qué hay de nuevo, qué obras?: soluciones para el pionero de hoy en cuestiones sexuales", Portland, OR, mayo.
- Kuzma, C.** (2004, 11 de octubre). "A brief history of marriage." [http://www.plannedparenthood.org/pp2/portal/files/portal/webzine/newspoliticsactivism/fea]. Consultado el 2 de junio de 2006.
- LaBrie, J., Earleywine, M., Schiffman, J., Pedersen, E. y Marriot, C.** (2005). "Effects of alcohol, expectancies and partner type on condom use in college males: Event-level analyses." *Journal of Sex Research*, 42, pp. 259-266.
- Lacey, R., Reifman, A., Scott, J., Harris, S. y Fitzpatrick, J.** (2004). "Sexual-moral attitudes, love styles and mate selection." *Journal of Sex Research*, 41, pp. 121-128.
- LaFranchi, H.** (2006). "AIDS after 25 years." *Oregonian*, 31 de mayo, p. A7.
- Lain, K., Luppi, P., McGonigal, S. y Roberts, J.** (2006). "Intracellular adhesion molecule concentrations in women who smoke during pregnancy." *Obstetrics and Gynecology*, 107, pp. 588-594.
- Lam, J., Shvarts, O. y Belldegrun, A.** (2004). "A new era for cryotherapy of prostate cancer?" *Contemporary Urology*, 16, pp. 46-56.
- Lambert, T., Kahn, A. y Apple, K.** (2003). "Pluralistic ignorance and hooking up." *Journal of Sex Research*, 40, pp. 129-133.
- Lamprey, P., Johnson, J. y Khan, M.** (2006). "The global challenge of HIV and AIDS." *Population Bulletin*, 61, pp. 3-24.
- Lance, L.** (2004). "Attitudes of college students toward contraceptives: A consideration of gender differences." *College Student Journal*, 38, pp. 579-586.
- Landler, M.** (2006). "World cup brings little pleasure to German brothels." *The New York Times*, 3 de julio, p. A3.
- Lane, F.** (2006). *The Decency Wars: The Campaign to Cleanse American Culture*. Nueva York: Prometheus Books.
- 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 and Comparative Criminology*, 47, pp. 366-382.
- Langstrom, N., y Zucker, K.** (2005). "Transvestic fetishism in the general population: Prevalence and correlates." *Journal of Sex and Marital Therapy*, 31, pp. 87-95.
- Larson, C.** (2006). "The hormone dilemma." *U.S. News and World Report*, 6 de marzo, p. 66.
- Larsson, I., y Svedin, C.** (2002). "Sexual experiences in childhood: Young adults' recollections." *Archives of Sexual Behavior*, 31, pp. 263-273.
- LaSala, M.** (2006). "Cognitive and environmental interventions for gay males: Addressing stigma and its consequences." *Families in Society*, 87, pp. 181-189.
- Laumann, E., Paik, A., Glasser, D. y Kang, J.** (2006). "A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: Findings from the global study of sexual attitudes and behaviors." *Archives of Sexual Behavior*, 35, pp. 143-159.
- Lawless, L.** (2006). "Healthy vs unhealthy sex." [http://www.holisticwisdom.com/newsletter-9-28-06.htm]. Consultado el 30 de septiembre de 2006.
- Lawrence, A.** (2003). "Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery." *Archives of Sexual Behavior*, 32, pp. 299-316.
- Lawrence, A.** (2005). "Sexuality before and after male-to-female sex reassignment surgery." *Archives of Sexual Behavior*, 34, pp. 147-166.
- Lawson, W.** (2005). "Gay men and women really do find it easier to spot other gays." *Psychology Today*, nov./dic., p. 30.
- Lehr, S., Demi, A., Dilorio, C. y Facticeau, J.** (2005). "Predictors of father-son communication about sexuality." *Journal of Sex Research*, 42, pp. 119-129.
- Leiblum, S., y Nathan, S.** (2002). "Persistent sexual arousal syndrome in women." [http://www.femalepatient.com/html/arc/sel/april02/article03.asp]. Consultado el 31 de agosto de 2006.
- Lepowsky, M.** (1994). *Fruit of the Motherland: Gender in an Egalitarian Society*. Nueva York: Columbia University Press.
- Leshner, A.** (2003). "Don't let ideology trump science." *Science*, 302, p. 1479.
- Lever, J., Frederick, D., y Peplau, L.** (2006). "Does size matter? Men's and women's views on penis size across the lifespan." *Psychology of Men and Masculinity*, 7, p. 127.
- Levin, R.** (2003). "Is prolactin the biological 'off switch' for human sexual arousal?" *Sexual and Relationship Therapy*, 18, pp. 237-243.

- Levy, A.** (2005). *Female Chauvinist Pigs: Women and the Rise of Raunch Culture*. Nueva York: Free Press.
- Levy, S., y Stone, B.** (2006). "The new wisdom of the Web." *Newsweek*, 3 de abril, pp. 47-53.
- Lew, M.** (2004). "Adult male survivors of sexual abuse: Sexual issues in treatment and recovery." *Contemporary Sexuality*, 38, pp. i-v.
- Leye, E., Powell, R., Nienhuis, G. y Claeys, P.** (2006). "Health care in Europe for women with genital mutilation." *Health Care for Women International*, 27, pp. 362-378.
- Lindberg, L., Frost, J., Sten, C. y Dailard, C.** (2006). "The provision and funding of contraceptive services at publicly funded family planning agencies: 1995-2003." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38, pp. 37-46.
- Linskey, A.** (2006). "Police target Internet-advertised prostitution." *Baltimore Sun*, 9 de agosto, pNA.
- Lippa, R.** (2003). "Handedness, sexual orientation and gender-related personality traits in men and women." *Archives of Sexual Behavior*, 32, pp. 103-115.
- Lippa, R.** (2006). "Is high sex drive associated with increased sexual attraction to both sexes? It depends on whether you're male or female." *Psychological Science*, 17, pp. 46-52.
- Lisotta, C.** (2006). "Radical Islam in your backyard." *The Advocate*, 23 de mayo, pp. 30-32.
- Liu, H., Yang, H., Li, X. et al.** (2006). "Men who have sex with men and human immunodeficiency virus/sexually transmitted disease control in China." *Sexually Transmitted Diseases*, 33, pp. 68-76.
- Liu, P., Swerdlow, R., Christenson, P. y Gandelsman, D.** (2006). "Rate, extent and modifiers of spermatogenic recovery after hormonal male contraception: An integrated analysis." *The Lancet*, 367, pp. 1412-1421.
- London, S.** (2006). "Consistent condom use reduces the risk of type 2 herpes virus." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38, pp. 54-55.
- Lonergan, S., y Hern, G.** (2006). "Refresher course on sexually transmitted diseases." *Emergency Medicine*, enero, pp. 33-46.
- Looy, H., y Bouma, H.** (2005). "The nature of gender: Gender identity in persons who are intersexed or transgendered." *Journal of Psychology and Theology*, 33, pp. 166-178.
- Loughlin, K.** (2005). "Penile carcinoma: New answers to 6 controversial questions." *Contemporary Urology*, 17, pp. 26-32.
- Love, S.** (2005). *Dr. Susan Love's Breast Book: New Edition 2005*. Nueva York: Da Capo Lifelong Books.
- Love, S., y Rochman, S.** (2006). "Going natural: Are 'bio-identical' hormones better than synthetics for menopausal relief?" *Ms.*, primavera, pp. 63-64.
- Lucentini, J.** (2005). "Love is like an addiction: Looking for correlates in human and animal attraction." *The Scientist*, 19, pp. 20-21.
- Lue, T., Basson, R., Rosen, R. y Giuliano, F.** (2004). *Second International Consultation on Sexual Medicine: Sexual Dysfunctions in Men and Women*. París: Health Publications.
- Lue, T., Giuliano, F., Montorsi, F. y Rosen, R.** (2004). "Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men." *The Journal of Sexual Medicine*, 1, pp. 6-23.
- Lutfey, K., Link, C. y McKinlay, F.** (2006). "Prevalence and predictors of female sexual dysfunction: Results from the Boston Area Community Health (Back) Survey." Ponencia presentada en la Reunión de Otoño de la Sociedad de Medicina Sexual de América del Norte, Nueva York, noviembre.
- Lyman, F.** (2006). "The geography of breast cancer." *Ms.*, otoño, pp. 47-51.
- Lynn, R.** (2004, 24 de septiembre). "Ins and outs of teledildonics." [<http://www.wired.com/news/culture/1,65064-0.html>]. Consultado el 11 de abril de 2006.
- MacGeorge, E., Graves, A., Feng, B. y Gillihan, S.** (2004). "The myth of gender cultures: Similarities outweigh differences in men's and women's provision of and responses to supportive communication." *Sex Roles: A Journal of Research*, 50, pp. 143-175.
- MacKay, A., Berg, C., King, J. y Duran, C.** (2006). "Pregnancy-related mortality among women with multifetal pregnancies." *Obstetrics and Gynecology*, 107, pp. 563-568.
- Mackie, G.** (2006). "A way to end female genital cutting." [<http://www.fgmnetwork.org/articles/mackie1998.html>]. Consultado el 9 de marzo de 2006.
- MacReady, N.** (2005). "Imaging can match brain structure to behavior." *Clinical Psychiatry News*, 33, p. 36.
- MacZeon, R.** (2005). "Odds of penile HPV are reduced for circumcised men and condom users." *International Family Planning Perspectives*, 31, p. 42.
- Mah, K., y Binik, Y.** (2002). "Do all orgasms feel alike? Evaluating a two-dimensional model of orgasm experience across gender and sexual context." *Journal of Sex Research*, 39, pp. 104-113.
- Mah, K., y Binik, Y.** (2002). "Do all orgasms feel alike? Evaluating a two-dimensional model of orgasm experience across gender and sexual context." *Journal of Sex Research*, 39, pp. 104-113.

- Mahaffey, A., Bryan, A. y Hutchison, K.** (2005). "Sex differences in affective responses to homoerotic stimuli: Evidence for an unconscious bias among heterosexual men, but not heterosexual women." *Archives of Sexual Behavior*, 34, pp. 537-546.
- Makadon, H.** (2006). "Improving health care for the lesbian and gay communities." *New England Journal of Medicine*, 354, pp. 895-897.
- Malarek, V.** (2003). *The Natashas: Inside the New Global Sex Trade*. Nueva York: Arcade Publishing.
- Malesky, L., y Ennis, L.** (2004). "Supportive distortions: An analysis of posts on a pedophile Internet message board." *Journal of Addictions and Offender Counseling*, 24, pp. 92-100.
- Mallis, D., Moisisidis, K., Kirana, P. y Papaharitou, S.** (2006). "Moderate and severe erectile dysfunction equally affects life satisfaction." *The Journal of Sexual Medicine*, 3, pp. 442-449.
- Manji, I.** (2006). "My Islam." *The Advocate*, 23 de mayo, p. 33.
- Manlove, J., Ryan, S. y Franzetta, K.** (2004). "Contraceptive use and consistency in U.S. teenagers' most recent sexual relationships." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36, pp. 265-275.
- Manns, M., y Wedemeyer, H.** (2004). "Treatment of hepatitis C in HIV-infected patients." *Journal of the American Medical Association*, 292, pp. 2909-2913.
- Mansfield, D.** (2006, 27 de julio). "Army dismisses gay Arabic linguist." [http://www.bradenton.com/mld/bradenton/news/nation/15134723.htm?template=contentM]. Consultado el 27 de julio de 2006.
- Manson, J., y Bassuk, S.** (2006). "Is estrogen for you?" *Newsweek*, 24 de abril, pp. 72-73.
- Mantell, J., Morar, N., Myer, L. y Ramjee, G.** (2006). "We have our protector: misperceptions of protection against HIV among participants in a microbicide efficacy trial." *American Journal of Public Health*, 96, pp. 1073-1077.
- Mao, C., Koutsky, L., Ault, K., Wheeler, C. et al.** (2006). "Efficacy of human papillomavirus-16 vaccine to prevent cervical intraepithelial neoplasia." *Obstetrics and Gynecology*, 107, pp. 18-27.
- Marchione, M.** (2006). "Studies test AIDS abstinence emphasis." *Oregonian*, 28 de marzo, p. A2.
- Marin, B., Kirby, D., Hudes, E., Coyle, K. y Gomez, C.** (2006). "Boyfriends, girlfriends and teenagers' risk of sexual involvement." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38, pp. 76-83.
- Marson, C.** (2005). "Impact on contraceptive practice of making emergency hormonal contraception available over the counter in Great Britain: repeated cross sectional surveys." *British Medical Journal*, 11 de julio.
- Martinez, G., Chandra, A., Abma, J., Jones, J. y Mosher, W.** (2006). "Fertility, contraception and fatherhood: Data on men and women from Cycle 6 (2002) of the National Survey of Family Growth." *National Center for Health Statistics. Vital Health Stat* 23 (26).
- Marvan, M., Cortes-Iniestra, S. y Gonzalez, R.** (2005). "Beliefs about and attitudes toward menstruation among young and middle-aged Mexicans." *Sex Roles: A Journal of Research*, 53, pp. 273-280.
- Marvan, M., Ramirez-Esparza, D., Cortes-Iniestra, S. y Chrisler, J.** (2006). "Development of a new scale to measure beliefs about and attitudes toward menstruation (BATM): Data from Mexico and the United States." *Health Care for Women International*, 27, pp. 453-473.
- Marx, J., y Hopper, F.** (2005). "Faith-based versus factbased social policy: The case of teenage pregnancy prevention." *Social Work*, 50, pp. 280-282.
- Mason Kiefer, H.** (2004, 21 de diciembre). "Gays in military: Public says go ahead and tell." [http://poll.gallup.com/content/default.aspx?ci=14419]. Consultado el 8 de julio de 2006.
- Mathers, C., y Loncar, D.** (2006). "Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030." [http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442]. Consultado el 29 de noviembre de 2006.
- Mathieu, C., Courtois, F. y Noreau, L.** (2005). "Sexual activities, desire and sensations in 227 paraplegic and tetraplegic men and women." Ponencia presentada en el Congreso Mundial de Sexología, Montreal, Canadá, 10-15 de julio.
- Mathieu, C., Courtois, F. y Noreau, L.** (2006). "Sexual activities, desire and sensations in paraplegic and tetraplegic men and women." *The Journal of Sex Research*, 43, pp. 21-22.
- Mazur, T.** (2005). "Gender dysphoria and gender change in androgen insensitivity or micropenis." *Archives of Sexual Behavior*, 34, pp. 411-421.
- McBride, K.** (2005). "Bisexuality: Research, relationships and representation." Ponencia presentada en la 37 Conferencia Anual de la AASECT "¿Qué hay de nuevo, qué obras?: soluciones para el pionero de hoy en cuestiones sexuales", Portland, OR, mayo.
- McCabe M., y Wauchope, M.** (2005). "Behavioral characteristics of men accused of rape: Evidence for different types of rapists." *Archives of Sexual Behavior*, 34, pp. 241-253.
- McCarthy, B.** (2006). "Male inhibited sexual desire." Ponencia presentada en la 38 Conferencia Anual de la AASECT "Gumbo Sexualite Upriver: Spicing Up Education and Therapy", St. Louis, junio/julio.

- McCarthy, B., y Cintron, J.** (2005). "Sexual heroin: Variant arousal patterns are an obstacle to intimacy." *Psychotherapy Networker*, nov./dic., pp. 77-83.
- McClelland, R., Lavreys, L., Katingima, C., Overbaugh, J., Cholan, V. et al.** (2005). "Contribution of HIV-1 infection to acquisition of sexually transmitted disease: A 10-year prospective study." *Journal of Infectious Diseases*, 191, pp. 333-338.
- McCullum, C.** (2006). "New PBS chief earns reporters' respect with frank talk about FCC, indecency." *San Jose Mercury News*, 31 de julio, pNA.
- McCoy, N., y Pitino, L.** (2002). "Pheromonal influences on sociosexual behavior in young women." *Physiology and Behavior*, 75, pp. 367-375.
- McCullough, A., Tseng, L. y Seigel, R.** (2006). "Women's satisfaction with sexual intercourse is associated with their partner's improved erectile function and satisfaction after treatment of erectile dysfunction with Viagra (sildenafil citrate)." *The Journal of Sexual Medicine*, 3 (sup. 3), pp. 224-286.
- McEwen, B.** (2001). "Estrogen effects on the brain: Multiple sites and molecular mechanisms." *Journal of Applied Physiology*, 91, pp. 2785-2801.
- McFarlane, M., Bull, S. y Reitmeijer, C.** (2002). "Young adults on the Internet: Risk behaviors for sexually transmitted diseases and HIV." *Journal of Adolescent Health*, 31, pp. 11-16.
- McGinn, D.** (2006). "Marriage by the numbers." *Newsweek*, 5 de junio, pp. 40-48.
- McGinnis, M.** (2005). "Kinder cut." *Prevention*, 57, p. 127.
- McGuire, G.** (2005). "Big question." *Men's Health*, 20, p. 82.
- McKay, A.** (2005). "Sexuality and substance use: The impact of tobacco, alcohol and selected recreational drugs on sexual function." *Canadian Journal of Human Sexuality*, 14, pp. 47-56.
- McLaren, C., y Ringe, A.** (2006). "Curious mental illnesses around the world." [http://www.stayfreemagazine.org/archives/21/mental_illness.html]. Consultado el 7 de enero de 2006.
- McLean, V.** (2005). "Let gay soldiers serve openly." *USA Today*, 28 de abril, p. A11.
- McNaught, J., y Jamieson, M.** (2005). "Barrier and spermicidal contraceptives in adolescence." *Adolescent Medicine*, 16, pp. 495-515.
- McPartland, T., Weaver, B., Lee, S. y Koutsky, L.** (2005). "Men's perceptions and knowledge of human papillomavirus (HPV) infection and cervical cancer." *Journal of American College Health*, 53, pp. 225-230.
- McVary, K., Rosen, R., Ho, K. y Kell, S.** (2006). "Effect of dapoxetine on intravaginal ejaculatory latency time in men with lifelong or acquired premature ejaculation." Ponencia presentada en la Reunión de Otoño de la Sociedad de Medicina Sexual de América del Norte, Nueva York, noviembre.
- Meana, M., y Nunnink, S.** (2006). "Gender differences in the content of cognitive distraction during sex." *The Journal of Sex Research*, 43, pp. 59-68.
- Melby, T.** (2004). "Spotlight on a hidden crime." *Contemporary Sexuality*, 38, pp. 1-4.
- Meldrum, K., y Rink, R.** (2005). "Nonspecific penile anomalies: Practical management in infants and children's." *Contemporary Urology*, 17, pp. 13-20.
- Meltzer, D.** (2005). "Complications of body piercing." *American Family Physician*, 72, p. 2029.
- Menvielle, E.** (2004). "Parents struggling with their child's gender issues." *The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter*, 20, pp. 1-3.
- Merek, G., y Gonzalez-Rivera, M.** (2006). "Attitudes toward homosexuality among U.S. residents of Mexican descent." *The Journal of Sex Research*, 43, pp. 122-136.
- Merigliola, M., Cerpolini, S., Bremner, W. y Mbizvo, M.** (2006). "Acceptability of an injectable male contraceptive regimen of norethisterone enanthate and testosterone undecanoate for men." [<http://humrep.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/del094v1>]. Consultado el 26 de mayo de 2006.
- Merkin, D.** (2006). "Our vaginas, ourselves." *The New York Times Magazine*, 1 de enero, p. 13.
- Meston, C., Rellini, A. y Heiman, J.** (2006). "Women's history of sexual abuse, their sexuality and sexual self-schemas." *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 74, pp. 229-236.
- Metz, M., y McCarthy, B.** (2004). "A biopsychosocial approach to evaluating and treating premature ejaculation." *Contemporary Sexuality*, 38, pp. i-vii.
- Meyer, P.** (2006). "Former sex worker hopes for fresh start back in Korea." *Dallas Morning News*, 15 de mayo, pNA.
- Meyer-Bahlburg, H.** (2005). "Introduction: Gender dysphoria and gender change in persons with intersexuality." *Archives of Sexual Behavior*, 34, pp. 371-373.
- Meyerhoff, M.** (2004). "An androgynous generation?" *Pediatrics for Parents*, 21, pp. 8-9.
- Meyers, D.** (2005). "Screening for gonorrhea." *American Family Physician*, 72, pp. 1799-1802.
- Mezin, Z.** (2006). "France's birth rate booms but marriage loses favor." *The Oregonian*, 29 de enero, p. A17.
- Milbourn, T.** (2006). "Great-grandma, 62, has baby; she says, 'Age is a number'." *The Sacramento Bee*, 19 de febrero, pNA.

- Miletski, H.** (2002). *Understanding Bestiality and Zoophilia*. Bethesda, MD: East-West Publishing.
- Miller, J., y Holman, J.** (2006). "Contraception: The state of the art." *Consultant*, 1 de abril, p. 493.
- Miller, K.** (2006). "Correct and consistent use of condoms in preventing STDs." *American Family Physician*, 73, pp. 703-706.
- Miller, K., Farrell, M., Barnes, G., Melnick, M. y Sabo, D.** (2005). "Gender/racial differences in jock identity, dating and adolescent sexual risk." *Journal of Youth and Adolescence*, 34, pp. 123-136.
- Miller, L., y Dickey, C.** (2005). "Catholics celebrate a legacy and contemplate many difficult choices ahead." *Newsweek*, 18 de abril, pp. 31-38.
- Miller, L., y Underwood, A.** (2006). "Not always 'the Happiest Time'." *Newsweek*, 24 de abril, pp. 80-82.
- Miller, P.** (2005). "The last resort: Abortion providers in Kansas and Mississippi hold ground despite states' attacks." *Ms.*, otoño, pp. 16-17.
- Miller, P.** (2006). "Our bodies under siege." *Ms.*, primavera, pp. 12-13.
- Miller, T.** (2006, 14 de junio). "Hypocrisy on the hill: Antichoice lawmakers vote 'No' on measures to help pregnant women." [<http://www.prochoicemercia.org/news/press-releases/2006/hypocrisy-on-the-hill.html>]. Consultado el 18 de junio de 2006.
- Miller, T.** (2006, 19 de junio). "NARAL pro-choice America calls Supreme Court decision to review federal abortion ban ominous." [http://www.naral.org/news/press-releases/2006/pr06192006_scutus_ban.html?print=t]. Consultado el 3 de julio de 2006.
- Miller, W.** (2005). "Screening for chlamydial infection: Are we doing enough?" *Lancet*, 365, pp. 456-457.
- Mills, A., y Barclay, L.** (2006). "None of them were satisfactory: Women's experiences with contraception." *Health Care for Women International*, 27, pp. 379-398.
- Milne, C.** (2005). *Naked Ambition: Women Pornographers and How They Are Changing the Sex Industry*. Berkeley, CA: Pub Group West.
- Milner, J., y Dopke, C.** (1997). "Paraphilia not otherwise specified: Psychopathology and theory." En D. Laws y W. O'Donohue (eds.), *Sexual Deviance: Theory, Assessment and Treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- Miner, M., Flitter, J. y Robinson, B.** (2006). "Association of sexual revictimization with sexuality and psychological function." *Journal of Interpersonal Violence*, 21, pp. 503-524.
- Mink, G.** (2005). "¡Stop sexual harassment now!" *Ms.*, otoño, pp. 36-37.
- Mohler-Kuo, M., Dowdall, G., Koss, M. y Wechsler, H.** (2004). "Correlates of rape while intoxicated in a national sample of college women." *Journal of Studies on Alcohol*, 65, pp. 37-45.
- Mok, F.** (2006). "A haven for homeless youths." *The Advocate*, 29 de agosto, pp. 26-27.
- Mongeau, P., Ramirez, A. y Vorrell, M.** (2003). "Friends with benefits: Initial exploration of sexual, non-romantic relationships." Ponencia presentada en la Reunión Anual de la Asociación Comunicación Occidental, Salt Lake City, Utah, febrero.
- Montorsi, P., Ravagnani, P., Galli, S. y Briganti, A.** (2006). "Erectile dysfunction predicts extension of coronary artery disease in acute coronary syndromes." *The Journal of Sexual Medicine*, 3 (sup. 3), pp. 176-198.
- Moore, D.** (2006). "Cervical cancer." *Obstetrics and Gynecology*, 107, pp. 1152-1161.
- Morgan, R.** (2006). "The burning time." *Ms.*, primavera, pp. 67-70.
- Mosher, W.** (2005). "Sexual behavior and selected health measures: Men and women 15-44 years of age, United States, 2002." *Vital and Health Statistics* 2005, p. 362.
- Mulchahey, K.** (2005). "Practical approaches to prescribing contraception in the office setting." *Adolescent Medicine*, 16, pp. 665-674.
- Murnen, S., Wright, C. y Kaluzny, G.** (2002). "If 'boys will be boys' then girls will be victims? A meta-analytic review of the research relates masculine ideology to sexual aggression." *Sex Roles*, 46, pp. 359-375.
- Murphy, W.** (1997). "Exhibitionism: Psychopathology and theory." En D. Laws y W. O'Donohue (eds.), *Sexual Deviance: Theory, Assessment and Treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- Mustanski, B.** (2001). "Getting wired: Exploiting the Internet for the collection of valid sexuality data." *Journal of Sex Research*, 38, pp. 292-302.
- Mwai, E.** (2006). "Health workers performing FGM secretly, says report." [<http://www.eastandard.net/print/news.php?articleid=1143955619>]. Consultado el 31 de julio de 2006.
- Najman, J., Dunne, M., Purdie, D., Boyle, F. y Coxeter, P.** (2005). "Sexual abuse in childhood and sexual dysfunction in adulthood: An Australian population-based study." *Archives of Sexual Behavior*, 34, pp. 517-526.
- National Gay and Lesbian Task Force** (2006). *Adoption Laws in U.S.* National Gay and Lesbian Task Force.
- National Organization of Women** (2006). "Viewpoint: News Hour Leaves Women Out of Discussion." [<http://www.now.org/nnt/Spring-2002/Viewpoint.html>]. Consultado el 4 de enero de 2006.

- National Pro-Life Alliance** (2006). "Abortion stops a beating heart." [http://www.prolifealliance.com/default.htm]. Consultado el 8 de julio de 2006.
- Navarro, M.** (2004). "The most private of makeovers." *The New York Times*, 28 de noviembre, pp. 1-2.
- Nedrow, A., Miller, J., Walker, M. y Nygren, P.** (2006). "Complementary and alternative therapies for the management of menopause-related symptoms." *Archives of Internal Medicine*, 166, pp. 1453-1465.
- Negy, C., y Eisenman, R.** (2005). "A comparison of African American and White college students' affective and attitudinal reactions to lesbian, gay and bisexual individuals: An exploratory study." *The Journal of Sex Research*, 42, pp. 291-299.
- Nelson, A.** (2006). "Extended-regimen contraception: Effects on menstrual symptoms and quality of life." *Journal of Family Practice*, 55, pp. S1-S9.
- Nguyen, D.** (2006). "My life away from Exodus." *The Advocate*, 15 de agosto, p. 22.
- Nguyen, T., Ford, C., Kaufman, J., Leone, P., Suchidran, C. y Miller, W.** (2006). "HIV testing among young adults in the United States: Association with financial resources and geography." *American Journal of Public Health*, 96, pp. 1031-1034.
- Niccolai, L., King, E., D'Entremont, D. y Pritchett, N.** (2006). "Disclosure of HIV serostatus to sex partners: A new approach to measurement." *Sexually Transmitted Diseases*, 33, pp. 102-105.
- Nicholson, R.** (2006). "Health for life." *Newsweek*, 24 de abril, p. 86.
- Niedowski, E.** (2006, 6 de agosto). "From Russia with love." [http://baltimoresun.com/news/opinion/ideas/bal-id.births06aug06,1,4659161,print.stor]. Consultado el 7 de agosto de 2006.
- Nieschlag, E., y Henke, A.** (2005). "Hopes for male contraception." *The Lancet*, 365, p. 554.
- Nobre, P., y Pinto-Gouveia, J.** (2006). "Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction." *The Journal of Sex Research*, 43, pp. 68-76.
- Noller, K.** (2006). "HPV vaccination: More questions than answers." *Obstetrics and Gynecology*, 107, pp. 4-5.
- Nour, N.** (2006). "Female genital cutting." *Internal Medicine News*, 39, p. 16.
- Novak, R., Chen, L., MacArthur, R., Baxter, J., Hullsiek, K. et al.** (2005). "Prevalence of antiretroviral drug resistant mutations in chronically HIV infected, treatment-naïve patients: Implications for routine resistance screening before initiation of antiretroviral therapy." *Clinical Infectious Diseases*, 40, pp. 468-474.
- Nusbaum, M., Lenahan, P. y Sadovsky, R.** (2005). "Sexual health in aging men and women: Addressing the physiologic and psychological sexual changes that occur with age." *Geriatrics*, 60, pp. 18-28.
- O'Donnell, L., Stueve, A., Wilson-Simmons, R., Dash, K., Agronick, G. y JeanBaptiste, V.** (2006). "Heterosexual risk behaviors among urban adolescents." *Journal of Early Adolescence*, 26, pp. 87-109.
- O'Hanlan, K.** (2006). "Health policy considerations for our sexual minority patients." *Obstetrics and Gynecology*, 107, pp. 709-714.
- Okazaki, S.** (2002). "Influences of culture on Asian Americans' sexuality." *Journal of Sex Research*, 39, pp. 34-41.
- Oliwenstein, L.** (2005). "On fertile ground." *Psychology Today*, nov./dic., pp. 62-66.
- Olsen, V., Gustavsen, I., Bramness, J., Hasvold, I., Karinen R. et al.** (2005). "The concentrations, appearance and taste of nine sedating drugs dissolved in four different beverages." *Forensic Science International*, 151, pp. 171-174.
- Olsson, S., y Moller, A.** (2003). "On the incidence and sex ratio of transsexualism in Sweden." *Archives of Sexual Behavior*, 32, pp. 381-386.
- Osburn, D.** (2006, 3 de febrero). "Momentum in the movement." [http://www.advocate.com/exclusive_detail_ektid25129.asp]. Consultado el 24 de mayo de 2006.
- Osterbauer, P.** (2005). "Sex on the brain: Remembering neurosyphilis." *Southern Medical Journal*, 97, p. 526.
- Oswald, D., y Russell, B.** (2006). "Perceptions of sexual coercion in heterosexual dating relationships: The role of aggressor gender and tactics." *Journal of Sex Research*, 43, pp. 87-96.
- Otis, M., Rostosky, S., Riggle, E. y Hamrin, R.** (2006). "Stress and relationship quality in same-sex couples." *Journal of Social and Personal Relationships*, 23, pp. 81-99.
- Owen, J.** (2006, 12 de febrero). "The more they like sex, the more women like women." [http://www.findarticles.com/p/articles/mi_qn4159/is_20060212/ai_n16059717/print]. Consultado el 27 de mayo de 2006.
- Panzer, C., Guay, A. y Goldstein, I.** (2006). "Do oral contraceptives produce irreversible effects on women's sexuality? A reply." *The Journal of Sexual Medicine*, 3, pp. 568-570.
- Parks, K., Pardi, A. y Bradizza, C.** (2006). "Collecting data on alcohol use and alcohol-related victimization: A comparison of telephone and Web-based survey methods." *Journal of Studies on Alcohol*, 67, pp. 318-324.

- Parrott, D., y Zeichner, A.** (2006). "Effect of psychopathy on physical aggression toward gay and heterosexual men." *Journal of Interpersonal Violence*, 21, pp. 390-410.
- Parry, J.** (2006). "Controversial new vaccine to prevent cervical cancer." *Bulletin of the World Health Organization*, 84, pp. 86-88.
- Pathfinder International** (2006). "Creating partnerships to prevent early marriage in the Amhara region." *Pathfinder International*, julio, pNA.
- Paul, P.** (2005). *Pornified: How Pornography is Transforming Our Lives, Our Relationships and Our Families*. Nueva York: Times Books.
- Pauls, R., Mutema, G., Segal, J., Silva, A., Kleeman, S., Dryfhout, V. y Karram, M.** (2006). "A prospective study examining the anatomic distribution of nerve density in the human vagina." *The Journal of Sexual Medicine*, 3, pp. 979-987.
- Paz-Baily, G., Rahman, M., Chen, C. et al.** (2006). "Changes in the etiology of sexually transmitted diseases in Botswana between 1993 and 2002: Implications for the clinical management of genital ulcer disease." *Clinical Infectious Diseases*, 41, pp. 1304-1312.
- Pearlman, S.** (2005). "When mothers learn a daughter is a lesbian: Then and now." *Journal of Lesbian Studies*, 9, pp. 117-137.
- Peterson, C., Kristensen, E., Giraldo, A. y Lundvall, L.** (2006). "Sexual dysfunction among women with vulvar vestibulitis." *The Journal of Sexual Medicine*, 3 (sup. 3), pp. 176-198.
- Peterson, J., y Bakeman, R.** (2006). "Impact of beliefs about HIV treatment and peer condom norms on risky sexual behavior among gay and bisexual men." *Journal of Community Psychology*, 34, pp. 37-46.
- Pew Forum on Religion y Public Life** (2005, 3 de agosto). "Abortion and rights of terror suspects top court issues." [http://pewforum.org/docs/print.php?DocID=91]. Consultado el 7 de agosto de 2006.
- Pew Research Center** (2006, 14 de marzo). "Guess who's coming to dinner: 22% of Americans have a relative in a mixed-race marriage." [http://pewresearch.org/social/pack.php? PackID=4]. Consultado el 7 de agosto de 2006.
- Peyser, M.** (2006). "The spouses of 'Big Love'." *Newsweek*, 26 de diciembre, 2005/ 2 de enero, 2006, p. 91.
- Philaretou, A.** (2005). "Sexuality and the Internet." *Journal of Sex Research*, 42, pp. 180-181.
- Phillips, K.** (2006). *American Theocracy: The Peril and Politics of Radical Religion, Oil and Borrowed Money in the 21 Century*. Nueva York: Viking Press.
- Piccioneili, G.** (2006). "Adult mobile and the law: 1." [http://xbiz.com/article_print.php?cat=40&id=15504]. Consultado el 17 de septiembre de 2006.
- Piccioneili, G.** (2006). "Midterm porn politics: 1." [http://xbiz.com/article_print.php?cat=40&id=16336]. Consultado el 17 de septiembre de 2006.
- Picker, L.** (2005). "And now, the hard part." *Newsweek*, 25 de abril, pp. 46-50.
- Pike, J., y Jennings, N.** (2005). "The effects of commercials on children's perceptions of gender appropriate toy use." *Sex Roles: A Journal of Research*, 52, pp. 83-91.
- Pilcher, C., Tien, H., Eron, J. et al.** (2004). "Brief but efficient: Acute HIV infection and the sexual transmisión of HIV." *Journal of Infectious Diseases*, 189, pp. 1785-1792.
- Pinkerton, J., y Zion, A.** (2006). "Vasomotor symptoms in menopause: Where we've been and where we're going." *Journal of Women's Health*, 15, pp. 135-143.
- Pittman, F.** (2006). "Me neither." *Psychotherapy Networker*, marzo/abril, p. 8991.
- Planned Parenthood Federation of America, Inc.** (2006, 3 de julio). "Your contraceptive choices." [http://www.plannedparenthood.org/pp2/portal/files/portal/medicalinfo/birthcontrol/pub-cont]. Consultado el 3 de julio de 2006.
- Platner, J.** (2005). "Bush and birth control." [http://www.plannedparenthood.org/pp2/portal/files/portla/webzine/newspoliticsactivism]. Consultado el 10 de mayo de 2006.
- Plaud, J., Gaither, G., Hegstad, H. y Rowan, L.** (1999). "Volunteer bias in human psychophysiological sexual arousal research: To whom do our research results apply?" *Journal of Sex Research*, 36, pp. 171-179.
- Plummer, D.** (2005). "Young men most homophobic." *Youth Studies Australia*, 24, pp. 9-10.
- Polgreen, L.** (2005). "Casualties of Sudan's war: Rape is a weapon in the fight over land and ethnicity in Darfur." *Oregonian*, 18 de febrero, p. A19.
- Pollitt, K.** (2003). "In the waiting room." *The Nation*, 21 de abril, p. 57.
- Pollitt, K.** (2003). "Is the Pope crazy?" *The Nation*, 3 de noviembre, p. 42.
- Pollitt, K.** (2004). "Down and out in Texas." *The Nation*, 10 de mayo, p. 71.
- Pollitt, K.** (2004). "Toothpaste, cough drops, aspirin, contraception." *The Nation*, 15 de marzo, p. 27.
- Pollitt, K.** (2005). "Practice what you preach." *The Nation*, 16 de mayo, p. 84.
- Pollitt, K.** (2005, 13 de junio). "Stiffed." [http://www.thenation.com/docprint.mhtml?i=20050613&s=pollitt]. Consultado el 4 de junio de 2006.

- Pollitt, K.** (2006). "Virginity or death." [http://www.thenation.com/doc/20050530/pollitt]. Consultado el 4 de junio de 2006.
- Pomerantz, M., y Kantoff, P.** (2006). "Genetics and inherited prostate cancer risk." *Contemporary Urology*, 18, pp. 18-25.
- Poniewozik, J.** (2005). "The decency police." *Time*, 28 de marzo, pp. 24-31.
- Population Council, New York** (2005). "Emergency contraception's mode of action clarified." *SIECUS Report*, 33, pp. 20-22.
- Potdar, R., y Koenig, M.** (2005). "Does audio-CASI improve reports of risky behavior? Evidence from a randomized field trial among young urban men in India." *Studies in Family Planning*, 36, pp. 107-116.
- Power, C.** (2006). "A generation of women wiped out?" *Glamour*, agosto, pp. 172-175.
- Preston, P.** (2005). "Nonverbal communication: Do you really say what you mean?" *Journal of Healthcare Management*, 50, pp. 83-86.
- Pukall, C.** (2005). "Vulvodynia: A hidden women's health issue." *SIECUS Report*, 33, p. 25.
- Putnam, F.** (2003). "Ten-year research update review: Child sexual abuse." *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, pp. 269-278.
- Quindlen, A.** (2005). "Now available: Middle ground." *Newsweek*, 11 de julio, p. 74.
- Rabin, R.** (2006). "Rethinking hormones, again." *The New York Times*, 31 de enero, p. F1.
- Raffaelli, M., y Ontai, L.** (2004). "Gender socialization in Latino families: Results from two retrospective studies." *Sex Roles*, 50, pp. 287-300.
- Rahman, Q., y Wilson, G.** (2003). "Sexual orientation and the 2nd to 4th finger length ratio: Evidence for organizing effects of sex hormones or developmental instability?" *Psychoneuroendocrinology*, 28, pp. 288-303.
- Rako, S., y Friebe, J.** (2004). "Pheromonal influences on sociosexual behavior in postmenopausal women." *Journal of Sex Research*, 41, pp. 372-380.
- Ramakrishnan, K., y Scheid, D.** (2006). "Ectopic pregnancy: Forget the 'classic presentation' if you want to catch it sooner." *The Journal of Family Practice*, 55, pp. 388-395.
- Ramson, A.** (2006). "Sexual harassment education on campus: Communication using media." *Community College Review*, 33, pp. 38-54.
- Ranii, D.** (2006). "Broadcasters wonder: What's indecent to the FCC?" *News and Observer* (Raleigh, NC), 22 de julio, pNA.
- Rapp, D., y Gerber, G.** (2005). "A 'slightly high' PSA: When should you call the urologist?" *Consultant*, 45, pp. 437-442.
- Ravenscroft, A.** (2004). *Polyamory: Roadmaps for the Clueless and Hopeful*. Nueva York: Crossquarter Publishing Group.
- Raymond, N.** (2003). "An approach to pharmacotherapy of compulsive sexual behavior." *SIECUS Report*, 31, pp. 17-18.
- Reape, K.** (2005). "Current contraceptive research and development." *Adolescent Medicine*, 16, pp. 617-633.
- Reddy, S., Warner, H., Guttuso, T. y Messing, S.** (2006). "Gabapentin, estrogen and placebo for treating hot flashes." *Obstetrics and Gynecology*, 108, pp. 4-48.
- Regnerus, M., y Luchies, L.** (2006). "The parent-child relationship and opportunities for adolescents' first sex." *Journal of Family Issues*, 27, pp. 159-183.
- Reid, B.** (2003). "Truth, stretched." *Men's Health*, 20, p. 58.
- Reinberg, S.** (2006). "Testosterone offers women benefits, risks: Higher levels may boost sexual function, but increase heart trouble, studies find." [http://health.msn.com/healthnews/articlepage.aspx?cp-documentid=100138390]. Consultado el 10 de julio de 2006.
- Reproductive Health Matters** (2004). "Destruction of the vagina in violent rape a war crime in Congo." *Author*, 12, pp. 181-182.
- Resnik, R.** (2006). "Can a 29% cesarean delivery rate possibly be justified?" *Obstetrics and Gynecology*, 107, pp. 752-753.
- Reynolds, J.** (2006). "Sex, secrets and cyberspace: Area prostitution flourishes via Web." *Monterey County Herald*, 9 de julio, pNA.
- Reynolds, S., Shepherd, M., Risbud, A., Gangakhedkar, R., Brookmeyer, R. et al.** (2004). "Male circumcision and risk of HIV-1 and other transmitted infections in India." *Lancet*, 363, pp. 1039-1040.
- Rholes, W., Simpson, J. y Friedman, M.** (2006). "Avoidant attachment and the experience of parenting." *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32, pp. 275-285.
- Richard, D.** (2002). "Tantra 101." *Contemporary Sexuality*, 36, pp. 1 y 4-7.
- Richards, M., Rubinow, D., Daly, R. y Schmidt, P.** (2006). "Premenstrual symptoms and perimenopausal depression." *American Journal of Psychiatry*, 163, pp. 133-137.
- Richardson, D., Wood, K. y Goldmeier, D.** (2006). "A qualitative pilot study of Islamic men with lifelong premature (rapid) ejaculation." *The Journal of Sexual Medicine*, 3, pp. 337-343.

- Richter, S., Leibovitch, I. y Alkalay, R.** (2006). "Anejaculation and orgasmic disorders in men after penile implant surgery." *The Journal of Sexual Medicine*, 3 (sup. 3), pp. 224-286.
- Ridley, M.** (2003). *Genes, Experience and What Makes Us Human*. Nueva York: HarperCollins.
- Rienzo, B., Button, J., Sheu, J. y Li, Y.** (2006). "The politics of sexual orientation issues in American schools." *Journal of School Health*, 76, pp. 93-97.
- Rintala, M., Grenman, S., Jarvenkyla, M., Syrjanen, K. y Syrjanen, S.** (2005). "High-risk types of human papillomavirus (HPV) DNA in oral and genital mucosa of infants during their first 3 years of life: Experience from the Finnish HPV family study." *Clinical Infectious Diseases*, 41, pp. 1728-1733.
- Robinson, B., Scheltema, K. y Cherry, T.** (2005). "Risky sexual behavior in low-income African American women: The impact of sexual health variables." *Journal of Sex Research*, 42, pp. 224-237.
- Robinson, D., Gibson-Beverly, G. y Schwartz, J.** (2004). "Sorority and fraternity membership and religious behaviors: Relation to gender attitudes." *Sex Roles: A Journal of Research*, 50, pp. 871-877.
- Roffman, D.** (2005). "Lakoff for sexuality educators: The power and magic of 'framing'." *SIECUS Report*, 33, pp. 20-25.
- Romano, A.** (2006). "Walking a new beat." *Newsweek*, 24 de abril, p. 48.
- Romeo, F.** (2004). "Acquaintance rape on college and university campuses." *College Student Journal*, 38, pp. 61-65.
- Romine, D.** (2006, 18 de mayo). "As the homophobia turns." [http://www.advocate.com/print_article_ektid31125.asp]. Consultado el 24 de mayo de 2006.
- Ronsmans, C., Holtz, S. y Stanton, C.** (2006). "Socioeconomic differentials in caesarean rates in developing countries: A retrospective analysis." *The Lancet*, 368, pp. 1516-1523.
- Roots, K.** (2006). "A better pill to swallow?" [http://www.science-spirit.org/new_detail.php?news_id=545]. Consultado el 22 de junio de 2006.
- Rosario, M., Schrimshaw, E., Hunter, J. y Braun, L.** (2006). "Sexual identity development among lesbian, gay and bisexual youths: Consistency and change over time." *The Journal of Sex Research*, 43, pp. 46-59.
- Rose, S.** (2006, 27 de abril). "Stop the antigay Iraqi killings now!" [http://www.advocate.com/exclusive_detail_ektid30412.asp]. Consultado el 24 de mayo de 2006.
- Rosen, R., Diamond, L., Earle, D., Shadiack, A. y Molinoff, P.** (2004). "Evaluation of the safety, pharmacokinetics and pharmacodynamic effects of subcutaneously administered PT-141, a melanocortin receptor agonist, in healthy male subjects and in patients with inadequate response to Viagra." *International Journal of Impotence Research*, 16, pp. 135-142.
- Rosen, T.** (2006). "Sexually transmitted diseases 2006: A dermatologist's view." *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 73, pp. 537-550.
- Rosenberg, M., Hazzard, M., Tallman, C. y Ohl, D.** (2006). "Evaluation of the prevalence and impact of premature ejaculation in a community practice using the men's sexual health questionnaire." Ponencia presentada en la Reunión de Otoño de la Sociedad de Medicina Sexual de América del Norte, Nueva York, noviembre.
- Rosenthal, E.** (2006). "Study finds genital cutting can be deadly." *The New York Times*, 2 de junio, p. F4.
- Ross, H., Godeau, E., Dias, S., Vignes, C. y Gross, L.** (2004). "Setting politics aside to collect crossnational data on sexual health of adolescents." *SIECUS Report*, 32, pp. 28-34.
- Ross, M.** (2005). "Typing, doing and being: Sexuality and the Internet." *Journal of Sex Research*, 42, pp. 342-353.
- Rubenstein, M.** (2006). "Single in suburbia." *The Oregonian: Southwest Weekly*, 17 de agosto, pp. 12-14.
- Russell, B., y Oswald, D.** (2001). "Strategies and dispositional correlates of sexual coercion perpetrated by women: An exploratory investigation." *Sex Roles*, 45, pp. 103-115.
- Russell, B., y Oswald, D.** (2002). "Sexual coercion and victimization of college men: The role of love styles." *Journal of Interpersonal Violence*, 17, pp. 273-285.
- Saad, L.** (2006, 20 de enero). "Abortion views reviewed as Alito vote nears." [<http://poll.gallup.com/content/default.aspx?ci=20983&pg=1>]. Consultado el 8 de julio de 2006.
- Saad, L.** (2006, 14 de julio). "Blacks committed to the idea of marriage." [<http://poll.gallup.com/content/default.aspx?ci=23767&VERSION=p>]. Consultado el 14 de julio de 2006.
- Saad, L.** (2006, 31 de mayo). "Americans at odds over gay rights." [<http://poll.gallup.com/content/default.aspx?ci=23140>]. Consultado el 8 de julio de 2006.
- Sadovsky, R.** (2005). "Androgen therapy for effects of aging in older men." *American Family Physician*, 72, pp. 170-171.
- Sadovsky, R., y Nusbaum, M.** (2006). "Sexual health inquiry and support is a primary care priority." *The Journal of Sexual Medicine*, 3, pp. 3-11.
- Saewyc, E., Magee, L. y Pettingell, S.** (2004). "Teenage pregnancy and associated risk behaviors among sexually abused adolescents." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36, pp. 98-105.

- Saigal, C., Wessells, H., Pace, J. y Schonlau, M.** (2006). "Predictors and prevalence of erectile dysfunction in a racially diverse population." *Archives of Internal Medicine*, 166, pp. 207-212.
- Salem, R.** (2004). "Men's surveys: New findings." *Population Reports*, 32, pp. 1-2.
- Salem, R.** (2006). "New attention to the IUD." *Population Reports*, serie B, núm 7. Baltimore John's Hopkins Bloomberg School of Public Health, The INFO Project, febrero, pp. 47-56.
- Salonia, A., Zanni, G., Fantini, G. y Deho, F.** (2006). "Psychometric parameters of sexual health in infertile couples due to a male factor. Preliminary results of a multivariate analysis." *The Journal of Sexual Medicine*, 3 (sup. 3), p. 193.
- Salonia, A., Zanni, G., Deho, F. y Suardi, N.** (2006). "Penile sensitivity in patients affected by premature ejaculation: Results of a case-controlled study." *The Journal of Sexual Medicine*, 3 (sup. 3), pp. 176-198.
- Samraj, G., Kuritzky, L. y Seftel, A.** (2005). "Current and future strategies for premature ejaculation." *Contemporary Urology*, 17, pp. 12-18.
- Sanchez, D., Crocker, J. y Boike, K.** (2005). "Doing gender in the bedroom: Investing in gender norms and the sexual experience." *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, pp. 1445-1455.
- Sanchez, D., Kiefer, A. e Ybarra, O.** (2006). "Sexual submissiveness in women: Costs for sexual autonomy and arousal." *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32, pp. 512-524.
- Sand, M., Fisher, W., Rosen, R. y Eardley, I.** (2005). "ED, constructs of masculinity and quality of life in the multinational MALES study." Ponencia presentada en el Congreso Mundial de Sexología, Montreal, Canadá, 10-15 de julio.
- Sangrador, J., y Yela, C.** (2000). "What is beautiful is loved: Physical attractiveness in love relationships in a representative sample." *Social Behavior and Personality*, 28, pp. 207-218.
- Santelli, J., Morrow, B., Anderson, J. y Lindberg, L.** (2006). "Contraceptive use and pregnancy risk among U.S. high school students, 1991-2003." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38, pp. 106-111.
- Santilla, P., Sandnabba, K., Alison, L. y Nordling, N.** (2002). "Investigating the underlying structure in sadomasochistically oriented behavior." *Archives of Sexual Behavior*, 31, pp. 185-196.
- Satterly, B., y Dyson, D.** (2005). "Educating all children equitably: A strengths-based approach to advocacy for sexual minority youth in schools." *Contemporary Sexuality*, 39, pp. i-vii.
- Savic, I., Berglund, H. y Lindstrom, P.** (2005). "Brain responses to putative pheromones in homosexual men." *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 102, pp. 7356-7361.
- Sbarra, D.** (2006). "Predicting the onset of emotional recovery following nonmarital relationship dissolution: Survival analyses of sadness and anger." *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32, pp. 298-312.
- Schaalma, H., Abraham, C., Gillmore, R. y Kok, G.** (2004). "Sex education as health promotion: What does it take?" *Archives of Sexual Behavior*, 33, pp. 259-269.
- Schaffir, J.** (2006). "Sexual intercourse at term and onset of labor." *Obstetrics and Gynecology*, 107, pp. 1310-1314.
- Schatz, C., y Robb-Nicholson, C.** (2006). "Anatomy of a hot flash." *Newsweek*, 24 de abril, p. 73.
- Scheidler, A.** (2006). "The deception of contraception: League takes the lead exposing the abortion-birth control link." [<http://www.prolifeaction.org/news/2006v25n2/contraception.htm>]. Consultado el 8 de julio de 2006.
- Schmidt, L.** (2006). "Psychosocial burden of infertility and assisted reproduction." *The Lancet*, 367, pp. 379-381.
- Schoen, J.** (2006). *Choice and Coercion: Birth Control, Sterilization and Abortion in Public Health and Welfare*. North Carolina: University of North Carolina Press.
- Schoen, R., y Cheng, Y.** (2006). "Partner choice and the differential retreat from marriage." *Journal of Marriage and Family*, 68, pp. 1-10.
- Schooler, D., y Ward, M.** (2006). "Average Joes: Men's relationships with media, real bodies and sexuality." *Psychology of Men and Masculinity*, 7, pp. 27-41.
- Schooler, D., Ward, L., Merriweather, A. y Caruthers, A.** (2005). "Cycles of shame: Menstrual shame, body shame and sexual decision-making." *The Journal of Sex Research*, 42, pp. 324-335.
- Schredl, M., Ciric, P., Gotz, S. y Wittmann, L.** (2004). "Typical dreams: Stability and gender differences." *The Journal of Psychology*, 138, pp. 485-495.
- Schwartz, K., Deschere, B. y Xu, J.** (2005). "Screening for prostate cancer: Who and how often?" *Journal of Family Practice*, 54, pp. 586-596.
- Schwartz, P.** (2006). "Revitalizing sexuality for mental and physical health." Ponencia presentada en la Conferencia de la Salud de la Mujer, Portland, OR, abril.
- Scott, L.** (2006). "An alternative to surgery in treating ectopic pregnancy." *Nursing Times*, 102, pp. 24-26.
- Seal, B., Brotto, L. y Gorzalka, B.** (2005). "Oral contraceptive use and female genital arousal:

- Methodological considerations." *Journal of Sex Research*, 42, pp. 249-258.
- Segraves, R., y Woodard, T.** (2006). "Female hypoactive sexual desire disorder: History and current status." *The Journal of Sexual Medicine*, 3, pp. 408-418.
- Semaan, S., Klov Dahl, A. y Aral, S.** (2004). "Protecting the privacy, confidentiality, relationships and medical safety of sex partners in partner notification and management studies." *Journal of Research Administration*, 35, pp. 39-53.
- Seppa, N.** (2004). "Foreskin may permit HIV entry, infection." *Science News*, 165, pp. 212-213.
- Seppa, N.** (2005). "Defense mechanism: Circumcision averts some HIV infections." *Science News*, 168, p. 275.
- Shabsigh, R.** (2006). "Diagnosing premature ejaculation: A review." *The Journal of Sexual Medicine*, 3, pp. 318-323.
- Shackelford, T., Buss, D. y Bennett, K.** (2002). "Forgiveness or breakup: Sex differences in responses to a partner's infidelity." *Cognition and Emotion*, p. 16.
- Shah, J., y Fisch, H.** (2006). "Managing the vasectomy patient: From preoperative counseling through postoperative follow-up." *Contemporary Urology*, 18, pp. 40-45.
- Shah, P., Aliwalas, L. y Shah V.** (2006). "Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3, art. No.: CD004950. DOI: 101002/14651858.CD004950.pub2.
- Shahinian, V., Kuo, Y., Freeman, J. y Goodwin, J.** (2006). "Risk of the 'androgen deprivation syndrome' in men receiving androgen deprivation for prostate cancer." *Archives of Internal Medicine*, 166, pp. 465-471.
- Sharlip, I.** (2006). "Guidelines for the diagnosis and management of premature ejaculation." *The Journal of Sexual Medicine*, 3, pp. 309-317.
- Shelton, J.** (2004). "IUDs: A resurging method." *Global Health Technical Briefs*, 30 de marzo, pp. 1-2.
- Sherhoff, M.** (2006). "The heart of a virtual hunter." *The Gay y Lesbian Review Worldwide*, 13, pp. 20-23.
- Shook, N., Gerrity, D., Jurich, J. y Segrist, A.** (2000). "Courtship violence among college students: A comparison of verbally and physically abusive couples." *Journal of Family Violence*, 15, pp. 1-22.
- Shtarkshall, R.** (2005). "Conducting sex therapy in a cross-cultural environment: When the paradigm of the therapy and the worldview of the clients mismatch." Ponencia presentada en el Congreso Mundial de Sexología, Montreal, Canadá, 10-15 de julio.
- Sieving, R., Eisenberg, M., Pettingell, S. y Skay, C.** (2006). "Friends' influence on adolescents' first sexual intercourse." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38, pp. 13-19.
- Sills, T., Wunderlich, G., Pyke, R. y Segraves, R.** (2005). "The sexual interest and desire inventory-Female (SIDI-F): Item response analyses of data from women diagnosed with hypoactive sexual desire disorder." *The Journal of Sexual Medicine*, 2, pp. 801-818.
- Silver, M.** (2004). *Breast Cancer Husband: How to Help Your Wife (and Yourself) during Diagnosis, Treatment and Beyond*. Emmaus, PA: Rodale Press.
- Silver, R., Landon, M., Rouse, D. y Leveno, K.** (2006). "Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries." *Obstetrics y Gynecology*, 107, pp. 1226-1232.
- Simon, C.** (2006). "Breast cancer screening: Cultural beliefs and diverse populations." *Health and Social Work*, 31, pp. 36-44.
- Simon, W., y Gagnon, J.** (1998). "Psychosexual development." *Society*, 35, pp. 60-67.
- Sinai, I., Lundgren, R., Arevalo, M. y Jennings, V.** (2006). "Fertility awareness-based methods of family planning: Predictors of correct use." *International Family Planning Perspectives*, 32, pp. 94-100.
- Sinderbrand, R.** (2005). "A shameful little secret: North Carolina confronts its history of forced sterilization." *Newsweek*, 28 de marzo, p. 33.
- Singer, N.** (2005). "The revised birthday suit." *The New York Times*, 1 de septiembre, p. E3.
- Singh, A., Romanowski, B., Wong, T. et al.** (2005). "Herpes simplex virus seroprevalence and risk factors in 2 Canadian sexually transmitted disease clinics." *Sexually Transmitted Diseases*, 32, pp. 95-100.
- Small, C., Manatunga, A., Klein, M. y Feigelson, H.** (2006). "Menstrual cycle characteristics: Associations with fertility and spontaneous abortion." *Epidemiology*, 17, pp. 52-60.
- Smith, M., Seal, D., Hetrick, S. y Marino, J.** (2005). "Psychosocial characteristics of male sex workers in a small US city: HIV risk, substance use and mental health." *The Journal of Sex Research*, 43, pp. 37-38.
- Smith, R., Aboitiz, F., Schroter, C., Barton, R., Denenberg, V. et al.** (2005). "Relative size versus controlling for size: Interpretation of ratios in research on sexual dimorphism in the human corpus callosum." *Current Anthropology*, 46, pp. 249-273.
- Smith, W.** (2005). "Reducing teen pregnancy." *Issues in Science and Technology*, 21, pp. 18-19.
- Solinger, R.** (2005). *Pregnancy and Power: A Short History of Reproductive Politics in America*. Nueva York: New York University Press.
- Solmonese, J.** (2005, 15 de diciembre). "Fairness at Ford and beyond." [<http://www.advocate.com/>]

- print_article_ektid23468.asp]. Consultado el 24 de mayo de 2006.
- Solmonese, J.** (2006). "Quietly to victory: Congress passed and President Bush signed into law new 401(k) benefits for same-sex couples." *The Advocate*, 26 de septiembre, p. 4.
- Somers, C., y Surmann, A.** (2004). "Adolescents' preferences for source of sex education." *Child Study Journal*, 34, pp. 47-59.
- Soukup, E.** (2006). "Polygamists unite." *Newsweek*, 20 de marzo, p. 52.
- Soukup, E.** (2006). "We are here to stay." *Newsweek*, 26 de junio, p. 8.
- Speer, R.** (2005). "The fuzz that was." *Willamette Week*, 14 de diciembre, pp. 12-18.
- Springen, K.** (2005). "A more posh vibe." *Newsweek*, 25 de julio, p. 16.
- Springen, K.** (2005). "The miscarriage maze." *Newsweek*, 7 de febrero, p. 63.
- Stall, R., y Mills, T.** (2006). "A quarter century of AIDS." *American Journal of Public Health*, 96, pp. 959-961.
- Starce, F., Massa, A., Amico, K. y Fisher, J.** (2006). "Adherence to antiretroviral therapy: An empirical test of the information-motivation-behavioral skills model." *Health Psychology*, 25, pp. 153-162.
- Stark, C.** (2005). "Behavioral effects of stimulation of the medial amygdala in the male rat are modified by prior experience." *Journal of General Psychology*, 132, pp. 207-224.
- Starr, B., y Weiner, M.** (1981). *The Starr Weiner Report on Sex and Sexuality in the Mature Years*. Nueva York: Stein y Day.
- Steele, B., y Kennedy, S.** (2006). "Hustle and grow." *The Advocate*, 11 de abril, pp. 53-60.
- Stein, R.** (2006). "Medical practices blend health and faith." [http://www.msnbc.msn.com/id/14576677/print/1/displaymode/1098/]. Consultado el 31 de agosto de 2006.
- Steinbrook, R.** (2006). "The potential of human papillomavirus vaccines." *New England Journal of Medicine*, 354, pp. 1109-1112.
- Steiner, M., Pearlstein, T., Cohen, L. y Endicott, J.** (2006). "Expert guidelines for the treatment of severe PMS, PMDD and comorbidities: The role of SSRIs." *Journal of Women's Health*, 15, pp. 57-69.
- Stephenson, M.** (2006). "Management of recurrent early pregnancy loss." *The Journal of Reproductive Medicine*, 51, pp. 303-310.
- Stobbe, M.** (2005). "C-section rate hits record high in '04 despite efforts to curb use." *The Oregonian*, 16 de noviembre, p. B13.
- Stobbe, M.** (2005). "Gonorrhea rate falls in the U.S." *Oregonian*, 9 noviembre, p. A4.
- Stolte, I., De Wit, J., Kolader, M. et al.** (2006). "Association between 'safer sex fatigue' and rectal gonorrhea is mediated by unsafe sex with casual partners among HIV-positive homosexual men." *Sexually Transmitted Diseases*, 33, pp. 201-208.
- Stoparic, B.** (2006). "Anti-poverty efforts face child marriage hurdle." [http://www.womensenews.org/article.cfm/dyn/aid/2831/context/archive]. Consultado el 12 de septiembre de 2006.
- Strachan-Bennett, S.** (2006). "Erectile dysfunction could predict CHD." *Archives of Internal Medicine*, 166, pp. 201-219.
- Straus, J.** (2006). *Unhooked Generation: The Truth About Why We're Still Single*. Nueva York: Hyperion.
- Streicher, L.** (2005). "No relief in sight for women's lagging libidos." [http://www.findarticles.com/p/articles/mi_qn4155/is_20051202/ai_n15907736/print]. Consultado el 15 de abril de 2006.
- Streisand, B.** (2005). "Doing it in prime time." *U.S. News and World Report*, 17 de octubre, pp. 50-51.
- Strong, D., Bancroft, J., Carnes, L., Davis, L. y Kennedy, J.** (2005). "The impact of sexual arousal on sexual risk-taking: A qualitative study." *Journal of Sex Research*, 42, pp. 185-191.
- Sugar, N., y Graham, E.** (2006). "Common gynecologic problems in prepubertal girls." *Pediatrics in Review*, 27, pp. 213-222.
- Sullivan, A.** (2005). "The Vatican's new stereotype." *Time*, 12 de diciembre, p. 92.
- Sullivan, M.** (2005). "Abstinence pledges don't protect against STDs." *Family Practice*, 35, p. 24.
- Summers, N.** (2005). "Podcasting: Talking dirty on your iPod." *Newsweek*, 1 de agosto, p. 10.
- Swaab, D., Gooren, L. y Hoffman, M.** (1995). "Brain research, gender and sexual orientation." *Journal of Homosexuality*, 28, pp. 283-301.
- Tamimi, R., Hankinson, S., Chen, W. y Rosner, B.** (2006). "Combined estrogen and testosterone use and risk of breast cancer in postmenopausal women." *Archives of Internal Medicine*, 166, pp. 1483-1489.
- Tannen, D.** (2001). *You Just Don't Understand: Women and Men in Conversation*. Nueva York: Quill.
- Tauber, M., Smith, K. y Fields-Meyer, T.** (2005). "Abstinence: can sex wait? Funded by big federal dollars, abstinence-only programs encourage teens to hold off. Do they work?" *People Weekly*, 63, pp. 94-95.
- Tavris, C.** (2004). "Brains, biology, science and skepticism: On thinking about sex differences (again)." *Skeptical Inquirer*, 29, pp. 11-12.
- Taylor, G., y Ussher, J.** (2001). "Making sense of S y M: A discourse analytic account." *Sexualities*, 4, pp. 293-314.

- Taylor, L.** (2005). "All for him: Articles about sex in American lad magazines." *Sex Roles: A Journal of Research*, 52, pp. 153-164.
- Taylor, P.** (2006, 26 de julio). "Wedge issues on the ballot." [http://pewresearch.org/obdeck/?ObDeckID=40]. Consultado el 26 de julio de 2006.
- Teich, M.** (2006). "Love at the margins." *Psychology Today*, sept./oct., pp. 88-95.
- Teich, M.** (2006). "Love but don't touch." *Psychology Today*, marzo/abril, pp. 81-86.
- Terrance, C., Logan, A. y Peters, D.** (2004). "Perceptions of peer sexual harassment among high school students." *Sex Roles: A Journal of Research*, 51, pp. 479-490.
- Terzieff, J.** (2006). "Fashion world says too thin is too hazardous." [http://www.womensenews.org]. Consultado el 24 de septiembre de 2006.
- Thanasiu, P.** (2004). "Childhood sexuality: Discerning healthy from abnormal sexual behaviors." *Journal of Mental Health Counseling*, 26, pp. 309-319.
- Thomas, G.** (2006, enero). "Death and denial: Unsafe abortion and poverty." [http://www.ippf.org/ContentController.aspx?ID=13100]. Consultado el 19 de febrero de 2006.
- Thomas, J.** (2005). "Young women victimized in adolescence are at risk of further sexual violence." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 37, pp. 50-51.
- Thompson, M., y Kingree, J.** (2006). "The roles of victim and perpetrator alcohol use in intimate partner violence outcomes." *Journal of Interpersonal Violence*, 21, pp. 163-177.
- Tierney, J.** (2005). "The doofus dad." [http://www.nytimes.com/2005/06/opinion/18tierney.html]. Consultado el 4 de mayo de 2006.
- Todd, J., Grosskurth, H., Changaluncha, J. et al.** (2006). "Risk factors influencing HIV infection incidence in a rural African population: A nested case-control study." *Journal of Infectious Diseases*, 193, pp. 458-466.
- Tomlinson, F., Raphael, H. y Mehta, R.** (2006). "Is androgen replacement therapy for hypogonadal men in the form of a transdermal gel (Tësogel) acceptable to patients attending a men's sexual health clinic, compared with older applications?" *The Journal of Sexual Medicine*, 3 (sup. 3), pp. 199-223.
- Traditional Values Coalition** (2006). "Traditional Values Defined." [http://www.traditionalvalues.org/defined.php]. Consultado el 19 de junio de 2006.
- Tran, M.** (2006). "Panel pushes cancer shield for preteens." *Oregonian*, 30 de junio, pp. A1 y A7.
- Triplett, W.** (2006). "Pols drawing a fine line." *Variety*, 403, pp. 3-4.
- Troy, A., Lewis-Smith, J. y Laurenceau, J.** (2006). "Interracial and intraracial romantic relationships: The search for differences in satisfaction, conflict and attachment style." *Journal of Social and Personal Relationships*, 23, pp. 65-80.
- Tucker, M.** (2004). "Sexual desire, activity up with testosterone patch." *Family Practice News*, 34, p. 44.
- Tummino, A.** (2006). "FDA's plan B ruling doesn't end battle for access." *Women's eNews*, 25 de octubre.
- Tyre, P.** (2006). "Poker buddies for life." *Newsweek*, 20 de febrero, p. 61.
- U.S. Census Bureau** (2006). "The Population Profile of the United States: A Dynamic Version." [http://census.gov/population/www/pop-profile/profiledynamic.html]. Consultado el 11 de diciembre de 2006.
- U.S. Census Bureau** (2006, 25 de mayo). "Americans marrying older, living alone more, see households shrinking, census bureau reports." [http://www.census.gov/Press-Release/www/releases/archives/families_households]. Consultado el 10 de agosto de 2006.
- U.S. Census Press Releases** (2006). "Single Life." [http://www.census.gov/Press-Release/www/releases/archives/families_households/006840.html]. Consultado el 24 de agosto de 2006.
- U.S. Department of Justice** (2003). *Bureau of Justice Statistics, Criminal Victimization*, 2002. Washington, DC: U.S. Department of Justice.
- Ueno, K.** (2005). "Sexual orientation and psychological distress in adolescence: Examining interpersonal stressors and social support processes." *Social Psychology Quarterly*, 68, pp. 258-277.
- Ullman, S., Filipas, H., Townsend, S. y Starzynski, L.** (2005). "Trauma exposure, posttraumatic stress disorder and problem drinking in sexual assault survivors." *Journal of Studies on Alcohol*, 66, pp. 610-619.
- Umberson, D., Williams, K., Powers, D. y Liu, H.** (2006). "You make me sick: Marital quality and health over the life course." *Journal of Health and Social Behavior*, 47, pp. 1-16.
- Umstead, R.** (2005). "Sexing up technology: Adult channels lead the charge into new media opportunities." *Multichannel News*, 26, pp. 28-30.
- UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs** (2006, 24 de julio). "Swaziland: Facing the culture shock of monogamy." [http://www.irinnews.org/print.asp?ReportID=54737]. Consultado el 24 de julio de 2006.
- UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs** (2006, 31 de julio). "Pakistan: Over a thousand women freed under change

- in law.” [http://www.irinnews.org/print.asp?ReportID=54498]. Consultado el 31 de julio de 2006.
- UNAIDS (2006). “AIDS Epidemic Update: December 2005.” [http://www.unaids.org/Epi2005/doc/EPIupdate2005_html_en/epi05_03_]. Consultado el 16 de enero de 2006.
- United Nations Development Program (2006). “Polygamous husbands behind rise in HIV/AIDS in women: UN study.” [http://www.hindu.com/thehindu/holnus/001200607301110.htm]. Consultado el 16 de agosto de 2006.
- Upadhyay, U. (2005). “New contraceptive choices.” *Population Reports*, 32, pp. 1-2.
- Urman, B., y Yakin, K. (2006). “Ovulatory disorders and infertility.” *The Journal of Reproductive Medicine*, 51, pp. 267-282.
- Valente, S., y Bullough, V. (2004). “Sexual harassment of nurses in the workplace.” *Journal of Nursing Care Quality*, 19, pp. 234-241.
- Van Hook, M., Gjermani, E. y Haxhiymeri, E. (2006). “Sexual trafficking of women.” *International Social Work*, 49, pp. 29-40.
- Van Lankveld, J., Ter Kuile, M., De Groot, H. y Melles, R. (2006). “Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: A randomized waiting-list controlled trial of efficacy.” *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, pp. 168-178.
- Van Zeijl (2006). “The agony of Darfur.” *Ms.*, invierno, pp. 24-26.
- Vandello, J., y Cohen, D. (2003). “Male honor and female fidelity: Implicit cultural scripts that perpetuate domestic violence.” *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, pp. 997-1010.
- Vary, A. (2006). “Is gay over?” *The Advocate*, 20 junio, pp. 98-102.
- Vary, A. (2006). “The Brokeback Mountain effect.” *The Advocate*, 28 de febrero, pp. 36-41.
- Vasconcellos, D., VionDury, K. y Kuntz, D. (2006). “Sexuality and well-being among older women: A cross-cultural approach.” *The Journal of Sex Research*, 43, pp. 9-11.
- Vejar, C., Madison-Colmore, O. y Ter Maat, M. (2006). “Understanding the transition from career to fulltime motherhood: A qualitative study.” *The American Journal of Family Therapy*, 34, pp. 17-31.
- Vermani, M., Milosevic, I., Smith, F. y Katzman, M. (2005). “Herbs for mental illness: Effectiveness and interaction with conventional medicines: Some herbs do work as claimed; all have the potential for downside activity as well.” *Journal of Family Practice*, 54, pp. 789-800.
- Viachovi, M., y Brason, L. (2005). *Women in an Insecure World: Violence Against Women*. Ginebra, Suiza: Geneva Center for the Democratic Control of Armed Forces.
- Vickerman, P., Watts, C., Delany, S. *et al.* (2006). “The importance of context: Model projections on how microbicide impact could be affected by the underlying epidemiologic and behavioral situation in 2 African settings.” *Sexually Transmitted Diseases*, 33, pp. 397-405.
- Victory, J., y Nilsson, S. (2006, 8 de mayo). “Gynecologists fed up with morning-after pill roadblocks.” [http://abcnews.go.com/Health/print?id=1936328]. Consultado el 22 de junio de 2006.
- Vilain, E. (2001). “Genetics of sexual development.” *Annual Review of Sex Research*, 11, pp. 1-25.
- Villa, L., Costa, R., Petta, C., Andrade, R., Ault, K. *et al.* (2005). “Prophylactic quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16 and 18) L1 virus-like particle vaccine in young women: A randomized double-blind placebo-controlled multicentre phase II efficacy trial.” *Lancet Oncology*, 6, pp. 271-278.
- Wagner, A., y Kavoussi, L. (2005). “Stage 1 germ cell testicular tumors: Challenges and controversies.” *Contemporary Urology*, 17, pp. 13-20.
- Waldinger, M., y Schweitzer, D. (2006). “Changing paradigms from a historical DSM-III and DSM-IV view toward an evidence-based definition of premature ejaculation. Part II-Proposals for DSM-V and ICD-II.” *The Journal of Sexual Medicine*, 3, pp. 693-705.
- Walker, J., Archer, J. y Davies, M. (2005). “Effects of rape on men: A descriptive analysis.” *Archives of Sexual Behavior*, 34, pp. 69-80.
- Wallace, M. (2004). “Prostate cancer update: When to screen, how to treat.” *Clinician Reviews*, 14, pp. 45-52.
- Walling, A. (2005). “Prevention and diagnosis of fetal alcohol syndrome.” *American Family Physician*, 73, p. 1837.
- Wallis, M., Daneback, K., Mansson, S., Tikkahen, R. y Cooper, A. (2003). “Characteristics of men and women who complete or exit from an on-line Internet sexuality questionnaire: A study of instrument dropout bias.” *Journal of Sex Research*, 40, pp. 396-402.
- Walsh, T., Frezieres, R. y Peacock, K. (2005). “Contraceptive effectiveness of male condoms high.” *Reproductive Health Matters*, 13, pp. 184-185.
- Wang, B., Hertog, S., Meier, A., Lou, C. y Gao, E. (2005). “The potential of comprehensive sex education in China: Findings from suburban Shanghai.” *International Family Planning Perspectives*, 31, pp. 63-72.
- Ward, H., y Day, S. (2006). “What happens to women who sell sex? Report of a unique occupational

- cohort.” [http://sti.bmjournals.com/cgi/content/abstract/sti.2006.020982v1]. Consultado el 26 de junio de 2006.
- Waskul, D.** (ed.) (2004). *Net. SeXXX: Readings on Sex, Pornography and the Internet*. Nueva York: Peter Lang.
- Watts, D., Fazarri, M., Minkoff, H., Hillier, S., Sha, B. et al.** (2005). “Effects of bacterial vaginosis and other genital infections on the natural history of human papillomavirus infection in HIV-1-infected and high-risk HIV-1 uninfected women.” *Journal of Infectious Diseases*, 191, pp. 1129-1139.
- Wawer, M., Gray, R., Sewankambo, N. et al.** (2005). “Rates of HIV-1 transmission per coital act, by stage of HIV-1 infection, Rakai, Uganda.” *Journal of Infectious Diseases*, 191, pp. 1403-1409.
- Weinberg, T.** (1995). *S y M: Studies in Dominance and Submission*. Nueva York: Prometheus Books.
- Westoff, C.** (2006). “Recent trends in abortion and contraception in 12 countries.” [http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/AS8/AS8.pdf]. Consultado el 10 de enero de 2006.
- Whipple, B., y Komisaruk, B.** (2006). “Where in the brain is a woman’s sexual response? Laboratory studies including brain imaging during orgasm.” *The Journal of Sex Research*, 43, pp. 29-30.
- White, M.** (2006). *Religion Gone Bad: The Hidden Danger of the Christian Right*. Nueva York: Penguin Group.
- Wiederman, M.** (2001). *Understanding Sexuality Research*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Wilkes, D.** (2006). “Clinical: GP involvement in fertility treatment.” *GP*, 20 de enero, p. 30.
- Willard, H.** (2003). “Tales of the Y chromosome.” *Nature*, 423, pp. 810-813.
- Willetts, M.** (2006). “Union quality comparisons between long-term heterosexual cohabitation and legal marriage.” *Journal of Family Issues*, 27, pp. 110-127.
- Willford, J., Leech, S. y Day, N.** (2006). “Moderate prenatal alcohol exposure and cognitive status of children at age 10.” *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30, pp. 1051-1059.
- Williams, C., y Weinberg, M.** (2003). “Zoophilia in men: A study of sexual interest in animals.” *Archives of Sexual Behavior*, 32, pp. 523-535.
- Williams, D., y D’Alessandro, J.** (1994). “A comparison of three measures of androgyny and their relationship to psychological adjustment.” *Journal of Social Behavior and Personality*, 9, pp. 469-480.
- Williams, K.** (2005). “Policing video voyeurs: The feds join the battle against perverts with cameras.” *Newsweek*, 14 de febrero, p. 35.
- Williams, L.** (2004). *Porn Studies*. North Carolina: Duke University Press.
- Williams, T., Connolly, J., Pepler, D. y Craig, W.** (2005). “Peer victimization, social support and psychosocial adjustment of sexual minority adolescents.” *Journal of Youth and Adolescence*, 34, pp. 471-482.
- Williams, T., Pepitone, M., Christensen, S. y Cooke, B.** (2000). “Finger-length ratios and sexual orientation.” *Nature Magazine*, 30 de marzo, pp. 1-4.
- Williams, Z., Litscher, E., Darie, C. y Wassarman, P.** (2006). “Rational design of pregnancy vaccine.” *Obstetrics y Gynecology* (sup.), 107, pp. 14S-15S.
- Willoughby, B., Malik, N. y Lindahl, K.** (2006). “Parental reactions to their sons’ sexual orientation disclosures: The roles of family cohesion, adaptability and parenting style.” *Psychology of Men y Masculinity*, 7, pp. 14-26.
- Wilson, B., y Lawson, D.** (1976). “Effects of alcohol on sexual arousal in women.” *Journal of Abnormal Psychology*, 85, pp. 489-497.
- Wilson, J.** (2003). *Biological Foundations of Human Behavior*. Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.
- Wilson, S.** (2006). “The complicated implant.” *The Journal of Sexual Medicine*, 3 (sup. 2), pp. 87-89.
- Wind, R.** (2006, 4 de mayo). “A tale of two Americas for women.” [http://www.guttmacher.org/media/mr/2006/05/05/index.html]. Consultado el 10 de mayo de 2006.
- Winer, R., Hughes, J., Feng, Q. y O’Reilly, S.** (2006). “Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women.” *The New England Journal of Medicine*, 354, pp. 2645-2654.
- Wines, M.** (2005). “S. Africa approves same-sex marriage.” *The Oregonian*, 2 de diciembre, p. A1.
- Winters, S.** (1999). “Current status of testosterone replacement therapy in men.” *Archives of Family Medicine*, 8, pp. 257-263.
- Wise, N.** (2006). “Polyamory and other forms of negotiated non-monogamy: A crash course for the curious.” Ponencia presentada en la 38 Conferencia Anual de la AASECT “Gumbo Sexualite Upriver: Spicing Up Education and Therapy”, St. Louis, junio/julio.
- Wisniewski, A., Prendeville, M. y Dobs, A.** (2005). “Handedness, functional cerebral hemispheric lateralization, and cognition in male-to-female transsexuals receiving cross-sex hormone treatment.” *Archives of Sexual Behavior*, 34, pp. 167-172.
- Wolfson, E.** (2005). “Ending marriage discrimination: America in a civil rights moment.” *SIECUS Report*, 33, pp. 13-18.

- Wong, C., y So-kum Tang, C.** (2004). "Coming out experiences and psychological distress of Chinese homosexual men in Hong Kong." *Archives of Sexual Behavior*, 33, pp. 149-158.
- Wong, W., Holroyd, E., Gray, A. y Ling, D.** (2006). "Female street sex workers in Hong Kong: Moving beyond sexual health." *Journal of Women's Health*, 15, pp. 390-399.
- Woodson, J.** (2005). "Reinventing the male homosexual: The rhetoric and power of the gay gene." *Archives of Sexual Behavior*, 34, pp. 710-714.
- Woodzicka, J., y LaFrance, M.** (2005). "The effects of subtle sexual harassment on women's performance in job interview." *Sex Roles: A Journal of Research*, 53, pp. 67-77.
- Worcester, S.** (2004). "Syphilis and oral sex." *Internal Medicine News*, 37, p. 57.
- Wright, A., y Katz, I.** (2006). "Home testing for HIV." *New England Journal of Medicine*, 354, pp. 437-440.
- Wright, K.** (2004). "On-line relational maintenance strategies and perceptions of partners within exclusively Internet-based and primarily Internetbased relationships." *Communication Skills*, 55, pp. 239-253.
- Wyand, F., y Arrindell, D.** (2005). "Understanding human papillomavirus and cervical cancer." *SIECUS Report*, 33, pp. 13-15.
- Wyatt, T.** (2003) *Pheromones and Animal Behavior: Communication by Smell and Taste*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Yakush, J.** (2005). "Emergency contraception: The science and politics driving the debate." *SIECUS Report*, 33, pp. 16-19.
- Yang, M., Fullwood, E., Goldstein, J. y Mink, J.** (2005). "Masturbation in infancy and early childhood presenting as a movement disorder: 12 cases and a review of the literature." *Pediatrics*, 116, pp. 1427-1452.
- Yarian, D., y Anders, S.** (2006). "Tantra and sex therapy: Convergence of ancient wisdom and modern sexology, a didactic and experiential workshop." Ponencia presentada en la 38 Conferencia Anual de la AASECT "Gumbo Sexualite Upriver: Spicing Up Education and Therapy", St. Louis, junio/julio.
- Yassin, A., Kliniken, S. y Saad, F.** (2005). "Modulation of erectile function with long-acting testosterone injection i.m. in hypogonadal patients." Ponencia presentada en el 17 Congreso Mundial de Sexología, Montreal, Canadá, 12 de julio.
- Zaviacic, M., Albin, R., Ruzickova, M., Stvrtina, S. et al.** (2000). "Immunohistochemical study of prostate-specific antigen in normal and pathological human tissues: Special reference to the male and female prostate and breast." *Journal of Histotechnology*, 23, pp. 105-111.
- Zenilman, J.** (2006). "The state of condom use education in a Texas community: Is this the future?" *Sexually Transmitted Diseases*, 33, p. 5.
- Zepf, B.** (2005). "Prostate cancer screening: What is enough or too much?" *American Family Physician*, 71, pp. 1191-1192.
- Zielinski, L.** (2006). "Jane Doe's choice." *Ms.*, invierno, pp. 69-71.
- Zilbergeld, B.** (1978). *Male Sexuality: A Guide to Sexual Fulfillment*. Boston: Little, Brown.
- Zimmerman, C., Yun, K., Shvab, I. y Watts, C.** (2003). *The Health Risks and Consequences of Trafficking in Women and Adolescents: Findings From a European Study*. Londres: London School of Hygiene y Tropical Medicine (LSHTM).
- Zolnoun, D., Harmann, K., Lamvu, G. y As-Sanie, S.** (2006). "A conceptual model for the pathophysiology of vulvar vestibulitis syndrome." *Obstetrical and Gynecological Survey*, 61, p. 395.

ÍNDICE ONOMÁSTICO

índice onomástico

- Aaronson L., 333, 414
AAUW, 78
Abbey, A., 544, 550
Abbott, E., 7, 237
Abel, G., 42, 526, 534, 536, 549, 562
Abrahams, J., 372
Absi-Semaan, N., 78
Ackard, D., 389
Acker, M., 189
Ackerman, M., 166
ACLU (American Civil Liberties Union), 244
Acosta-Belen, E., 4
Adams, B., 454, 455, 464
Adams, H., 536, 539
Adams, T., 276, 382
Adamson, A., 162
Addiego, F., 174
Addis, I., 435
Adducci, C., 134
Adelman, W., 130
Adlerberth, I., 358
Affi, W., 200
Agbayani-Siewert, P., 4
Agger, I., 560
Agnew, J., 533
Ahdieh-Grant, L., 505
AIDS Alert, 500
AIDS Vaccine Advocacy Coalition (Coalición para una Vacuna contra el Sida), 508, 510
Ainsworth, M., 197, 199
Akert, J., 300, 303, 315
Alan Guttmacher Institute, 298, 300, 303, 384
Albarracin, D., 510
Aldridge, L., 116, 118
Alexander, B., 23, 95
Alexander, G., 71, 77, 95, 108
Alexander, J., 137
Alexander, N., 324
Alfano, P., 596
Ali, A., 392
Ali, L., 411, 413
Al-Krenawi, 93
Alonzo, D., 413
Alperstein, L., 457
Al-Sawaf, M., 449
Althaus, F., 379
Althof, S., 428, 446, 458
Altman, L., 420
Alzate, H., 174
Allen, J., 59
Allgeier, E., 84, 236
Amato, P., 397, 415
American Academy of Pediatrics, 20, 140, 141, 383, 384
American Association of University Women (AAUW), 78
American Cancer Society, 115
American Civil Liberties Union (ACLU), 244
American Fertility Association, 332
American Life League, 9, 298, 318
American Psychiatric Association, 428, 525, 527, 529, 532, 533, 534, 536, 538, 550
Ammann, A., 471
Amnistía Internacional, 270
Amodio, D., 192, 194
Anand, M., 257
Anarfi, J., 497
Anders, S., 257
Anderson, K., 488, 550
Anderson, W., 279, 371
Anderson-Hunt, M., 154
Andreas, P., 594
Andrews, B., 554, 556
Andrews, G., 108
Andrews, S., 554
Angier, N., 99, 102, 114, 293
Apfelbaum, B., 431, 441
Aponte, R., 405
Apperloo, M., 151
Apt, C., 441
Aral, S., 497
Aras, A., 369
Archer, J., 551
Ardnt, W., 536
Ards, A., 249
Argiolas, A., 158
Arnold, A., 58
Arnow, B., 157, 158
Arrindel, D., 112
Ashby, S., 379
Ashton, A., 164
Aspelmeier, J., 198
Athanasious, R., 40, 179
Atkins, D., 413
Atwell-Davis, 566
Atwood, J., 407
Aube, T., 551
Augenbraun, M., 476
Austoni, E., 137
Auvert, B., 140, 500
Avis, N., 108
Babcock, B., 244
Bachmann, G., 420
Bacon, B., 435
Bacon, C., 486, 487
Baeten, B., 140, 500
Bailey, J., 195, 264, 266
Bain, J., 152, 153
Bakeman, R., 506
Baldwin, D., 382
Ball, H., 93
Balsam, K., 44
Bancroft, J., 55, 56, 59, 152, 365, 367, 370, 379, 426, 431, 434, 540
Banerjee, N., 80
Barbach, L., 17, 207
Barbaree, H., 42
Barclay, L., 299
Bardoni, B., 55
Barfield, R., 178
Barker, R., 202, 203
Barkley, B., 4
Barlow, D., 526
Barnhart, K., 104
Baron, R., 195
Barone, N., 439
Barongan, C., 549, 550
Barrett, G., 112
Barron, M., 580
Barroso, C., 318, 343
Barstow, A., 12
Bartels, A., 191
Bartholet, J., 497
Bartlik, B., 95, 151, 160, 208, 434
Basoff, E., 83
Basow, S., 79, 217
Basson, R., 426, 428, 429, 430
Bassuk, S., 110
Bastian, L., 107
Battey, K., 574
Bauer, H., 473, 562
Baum, M., 157
Bauman, R., 562
Baumeister, R., 194, 373, 550
Baumgartner, B., 102
Baur, K., 562
Bauters, T., 489
Bayley, T., 266
Beach, F., 6, 150, 156
Beal, G., 554
Beals, G., 402
Beary, H., 595
Beasley, R., 35, 369
Bechara, A., 457
Beck, C., 337
Beck, J., 40
Beck, M., 584, 586, 587
Becker, E., 574
Becker, J., 444
Beckman, N., 434
Beckman, T., 418
Beech, H., 8, 398
Begley, S., 574
Beji, N., 96
Bell, A., 369, 560
Bell, D., 226
Beller, M., 60
Bellizzi, K., 120

- Belzer, E., 174
 Bem, S., 83
 Ben-David, 74, 549, 551
 Bennett, B., 408
 Bennion, J., 401
 Benotsch, E., 219
 Benson, E., 142
 Benson, R., 341, 440
 Ben-Ze'ev, A., 217, 219
 Berga, S., 437
 Berger, R., 279, 421
 Bergoffen, D., 553
 Berkman, C., 459
 Berkowitz, B., 79
 Berliner, L., 569
 Berman, J., 10, 13, 113
 Berman, L., 10, 13,
 113, 245
 Bernat, J., 549
 Bernstein, E., 24
 Berscheid, E., 201
 Best, D., 130
 Betts, A., 495
 Beyrer, C., 471
 Bhatnagar, K., 145
 Bhatti, F., 449
 Bible, A., 572
 Bierce, A., 185
 Bing, S., 75
 Bingham, S., 119, 574
 Binik, Y., 35, 46, 171
 Binstock, G., 398
 Birdeau, D., 571, 575
 Bjorklund, D., 77
 Black, M., 266, 345
 Blackburn, R., 304
 Blackless, M., 60
 Blackmun, M., 593
 Blackwell, D., 193, 194, 397
 Blaicher, W., 154
 Blair, C., 553
 Blais, M., 453
 Blake, A., 295, 308, 386
 Blanchard, R., 268
 Blank, J., 245
 Blank, T., 120
 Blee, K., 75
 Bloche, M., 352
 Block, J., 76
 Blue, V., 581, 582
 Blythe, M., 444
 Bockting, W., 71
 Boekhout, B., 202
 Boen, J., 112
 Boeringer, S., 549
 Bogart, L., 268
 Bogren, L., 349
 Bohner, G., 546
 Bolin, A., 70
 Bolus, J., 310
 Bonierbale, M., 440
 Bonner, E., 538
 Boonstra, H., 338, 339,
 343, 344, 346
 Boschert, S., 140
 Bose, C., 4
 Boss, S., 239, 240, 241
 Boston Women's Health
 Collective, 17
 Boswell, J., 12
 Botros, S., 359
 Bouma, H., 62, 69, 70
 Bouvier, P., 562
 Bowen, A., 45
 Boyd, A., 118
 Boynton, P., 34
 Brackett, N., 175
 Bradbury, T., 205
 Bradford, J., 150, 526, 534
 Bradley, S., 68, 72
 Bradshaw, C., 76, 210, 474
 Bradsher, K., 552
 Braen, G., 560
 Brainerd, C., 564
 Brandon, K., 359
 Brantley, C., 238, 243, 256,
 431, 432
 Bratslavsky, C., 143
 Braveman, S., 444
 Braverman, P., 386
 Brecklin, L., 557
 Brehm, S., 202
 Bremer, J., 150
 Bretschneider, J., 420
 Brewer, D., 495, 506
 Brewster, W., 108
 Briddell, D., 42
 Bridges, A., 307
 Bringle, R., 202
 Britton, G., 79
 Brockman, J., 582
 Broderick, G., 431, 453
 Brody, S., 541
 Brook, C., 370
 Brooks, D., 192, 271,
 286, 297
 Brotto, L., 4, 8
 Brown, D., 484, 514
 Brown, G., 529
 Brown, J., 20, 21, 73
 Brown, R., 534
 Brown, S., 481
 Brown, T., 17
 Brownmiller, S., 549, 553
 Bruns, D., 573, 574
 Bruns, J., 573, 574
 Bryant, J., 261, 589
 Bryjak, G., 211
 Budd, K., 419
 Budhos, M., 597
 Budin, L., 568
 Bulcroft, R., 75
 Bullock, K., 118
 Bullough, B., 529
 Bullough, V., 11, 529, 572
 Bumpass, L., 415
 Bunk, B., 202
 Bureau of Labor
 Statistics, 75
 Burgess, A., 553, 557
 Burgess, V., 553, 557
 Burke, W., 116, 565
 Burkett, A., 305
 Burn, S., 83
 Burr, T., 271, 592
 Burstein, G., 382, 469, 488,
 489, 490
 Burt, K., 436
 Bush, C., 203
 Bushman, B., 550
 Buss, D., 195, 196, 201,
 202, 203
 Butcher, K., 592
 Butts, J., 211
 Buysse, A., 512
 Byers, E., 201, 208, 217,
 240
 Byers, S., 551
 Byrd, J., 383
 Cado, S., 240
 Cain, S., 119
 Calderoni, M., 304
 Caldwell, J., 69, 261
 Califia, P., 590
 Calvert, C., 585
 Calvert, H., 448, 470, 473
 Calzavara, L., 509
 Camp, A., 318
 Campbell, D., 355, 498,
 580
 Campbell, R., 557
 Campo, J., 74
 Campo-Flores, A., 346
 Canary, D., 211, 212
 Canavan, M., 561
 Caplan, L., 116
 Cappellen J., 441
 Carael, M., 591
 Carden, M., 486
 Cardenas, K., 116, 119
 Carlson, E., 556, 560
 Carnes, P., 539, 541
 Carpenter, L., 551
 Carr, J., 557, 567
 Carroll, R., 70, 72, 73, 330
 Carson, C., 141, 455
 Carson, G., 144
 Carter, C., 155, 191
 Carter, J., 339
 Carter, J., 5
 Carter, S., 60
 Carter, V., 594
 Cassell, E., 383
 Castleman, M., 163, 558,
 590
 Castro, P., 432
 Catalona, W., 144
 Catania, J., 35
 Caufriez, A., 370
*CBS New and New York
 Times*, 2
 CDC National Center
 Health Statistics, 107,
 374, 383, 384
 Ceci, S., 564
 Celum, C., 497
 Centers for Disease
 Control (CDC), 107, 374,
 376, 377, 382, 470, 476,
 479
 Chaney, M., 541
 Chapkis, W., 595
 Chappell, K., 199
 Charney, D., 570
 Chase, C., 69
 Chase-Lansdale, P., 384
 Check, J., 42, 549
 Chen, W., 110
 Chen, X., 8, 470
 Chesney, M., 506
 Cheung, A., 336
 Chiasson, M., 219
 Chigbo, M., 7
 Chivers, M., 540
 Chocano, C., 410
 Choi, H., 134, 312, 471
 Choma, K., 484, 485
 Chrisler, J., 97
 Chumlea, W., 371
 Chung, P., 331, 399
 Chung, W., 59, 134
 Ciccarone, D., 518
 Cinelli, B., 211
 Clanton, G., 203
 Clark, J., 36, 37
 Clark, S., 399
 Clarnette, T., 56
 Clements, M., 405
 Clementson, L., 273, 403
 Closidow, O., 492
 Cobb, N., 397
 Coco, A., 488, 490
 Cocores, J., 163
 Cochran, S., 4, 283
 Coe, C., 60
 Cohen, D., 202, 203, 514
 Cohen, E., 118
 Cohen, F., 483

- Cohen, J., 297, 499, 501, 575
Cohen, L., 109
Cohen, M., 470
Cohen-Kettenis, P., 59, 64, 72
Colapinto, J., 61, 69
Cole, C., 70,
Cole, J., 76
Cole, S., 72
Colegio de Obstetras y Ginecólogos de Estados Unidos, 485
Coleman, E., 24, 277, 540
Coleman, M., 83
Coles, R., 374
Coley, R., 384
Colgan, R., 473, 482, 487
Colino, S., 106, 107, 349
Colucci, J., 18
Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 119
Collier, M., 210
Collins, N., 137, 379
Comas-Díaz, L., 4
Comfort, A., 17, 180
Comiteau, L., 553
Conde-Agudelo, A., 295
Conner, J., 433
Connor, J., 507
Conte, J., 569
Contemporary Sexuality, 209, 286, 298, 365, 548
Cook, L., 590
Cook, L., 99
Cooksey, E., 376
Coolen, L., 134
Cooney, T., 388
Coontz, S., 331, 395, 398, 399, 400, 403, 408, 418
Cooper, A., 24, 219, 273, 413, 455, 532, 541
Corey, L., 482
Corliss, R., 403
Corona, G., 435
Cosgray, R., 532
Cottrell, B., 99, 100
Couper, M., 44, 45
Coupey, S., 304
Courtois, C., 444
Courville, T., 501
Coventry, M., 92
Cowan, G., 330, 357, 546, 547, 556, 580
Cowley, G., 352
Cox, D., 534
Coyne, A., 555
Crawford, M., 83, 357, 373
Creighton, S., 69
Crenshaw, J., 150, 151, 152
Crenshaw, T., 150, 165, 166
Crooks, R., 498
Crosby, R., 309, 386
Crossman, S., 469
Crowe, D., 23
Cui, J., 8
Cullen, L., 589
Curran, D., 80
Curry, L., 565
Curtis, R., 194, 289, 316
Cutler, W., 104, 162, 418, 419
Cwikel, J., 596
Cymet, T., 483, 484
Czuczka, D., 154
D'Alessandro, J., 83
D'Amato, A., 585, 586
D'Emilio, J., 13, 294
D'Epiro, P., 111
Dabbs, J., 150
Dailard, C., 112
Daily, D., 84
Dall'Ara, E., 570
Daly, M., 203
Daniluk, J., 421
Darling, C., 99
Daro, D., 568
Darroch, J., 377
David, H., 295
Davies, M., 557, 558, 569
Davis, A., 15
Davis, B., 432
Davis, D., 118
Davis, S., 107, 130, 149, 152, 186, 189, 190, 199
Davison, G., 244, 527, 536
Davtyan, C., 383, 388
Day, S., 594
De Amicis, L., 458
De Bro, S., 311
De Cuypere, G., 74
De Lacoste, M., 60
De Villers, L., 448
Dean, K., 550
Dean, M., 501
Dearnaley, D., 126, 150
Deckers, P., 117
DeGarmo, D., 416
Degler, C., 13
Deitch, C., 346
Dekker, J., 134
Del Carmen, R., 210
DeLamater, J., 65, 364, 368, 369
Delaney, J., 102
Deliganis, A., 170
Delzell, J., 111
Démare, D., 40
DeMartino, M., 162
Demmons, S., 201, 208, 217
Dempsey, C., 380
Dennerstein, L., 108, 154, 457
Dennis, C., 58
Denov, M., 563
DeQuine, 283
Derlego, V., 217
Des Jarlais, D., 486
Deshotels, T., 594
Dessens, A., 63, 72
Deveny, K., 406
Devi, K., 155, 156
DeVita-Raeburn, E., 445
Dew, B., 541
Dewhurst, A., 567
Dhawan, D., 325, 515
Diamond, L., 167, 261, 264, 265, 332, 458
Diamond, M., 60, 61, 67, 68, 69
Diaz-Parker, C., 143
Dibbell, J., 167
Dickey, C., 5
Dickinson, T., 409
DiClemente, R., 510
Diekstra, R., 567
Dilley, J., 506
Dilorio, C., 563
Dindia, K., 211, 212
Dirks, 19
Dishion, T., 379
Dittman, M., 164, 382
Dittus, P., 380
Doctor, R., 529
Dodson, B., 242
Doheny, K., 105
Dolan, E., 416, 422
Dong, M., 566
Donnerstein, E., 40
Donovan, B., 469, 475, 484, 486
Doskoch, P., 489
Douglas, C., 91
Douglas, K., 15
Douglas, T., 296
Dow, M., 151
Doyle, J., 78
Draucker, C., 557
Dreger, 68
Dreznick, M., 562
Drigotas, S., 189
Drucker, E., 509
Duddle, M., 557
Duenwald, M., 454
Duffy, J., 78
Dunn, M., 180, 382, 418, 419, 506
Durand, V., 526
Dworkin, S., 551
Dwyer, M., 536
Dwyer, S., 534, 562
Eardley, I., 455
Eastman, J., 144
Eaton, L., 556
Ebadi, S., 7
Eccles, A., 78, 549
Editorial Board, 318
Edlin, B., 486
Edwards, T., 403
Ehrhardt, A., 66, 67, 68
Eichenwald, K., 583
Einwalter, L., 464, 468
Eisner, T., 165
Eitzen, D., 79, 80
Eke, N., 93
Elias, J., 367
Eliasson, R., 133, 261
Elkind, D., 382
Elliot, L., 431, 432
Elliot, S., 553
Elliott, M., 563
Ellison, C., 13, 94, 95, 243, 248, 250, 254, 431, 432, 451
El-Noshokaty, S., 21
El-Rouayheb, K., 270
Eltabbakh, G., 113
Elwood, A., 93
El-Zanaty, F., 93
Emmert, D., 480
Employment Opportunity Commission (eoc), 570
Encuesta del *New York Times*, 2
Engelberg, R., 478, 480
Ennis, 565
Ensler, Eve, 442
Epp, S., 106
Epstein, A., 2, 262
Ernst, E., 164
Eschenbach, D., 495
Escobar-Chaves, S., 20
Eskeland, B., 163
Eskridge, B., 409
Espinoza, G., 397
Ethics Committee, American Society for Reproductive Medicine, 338
Evans, J., 118
Everaerd, W., 160
Ezzell, C., 497
Fagot, B., 78
Fair, W., 143
Fallon, B., 323

- Falwell, J., 18
 Fan, M., 8, 21
 Farley, M., 590, 592, 593, 594, 595, 596, 598
 Farr, L., 114, 595, 596
 Faulkner, S., 200, 211, 217, 373
 Fauntleroy, G., 140, 141
 Fauser, B., 101
 Fausto-Sterling, A., 60, 68, 69
 Fazleabas, A., 349
 FBI (Federal Bureau of Investigation), 546
 Federman, D., 101
 Fedora, O., 526
 Fee, E., 17
 Feeney, J., 188
 Fehring, R., 318
 Feingold, A., 193
 Feldman, L., 298
 Feldman-Summers, S., 564
 Feldmeier, H., 491
 Felix, J., 112
 Fennell, R., 318
 Fentimen, I., 118
 Ferguson, D., 457
 Feroli, K., 382, 469, 488, 489
 Ferrer, E., 129
 Fillion, K., 247
 Findholt, N., 561
 Finer, L., 337
 Finger, W., 165, 166, 435, 459
 Fink, J., 489
 Finkelhor, D., 561, 563, 568, 593
 Firestone, J., 572
 Fisch, K., 322
 Fischer, A., 548
 Fisher, B., 546, 551
 Fisher, W., 349
 Fisher-Thompson, D., 77
 Fisk, S., 13
 Fitzgerald, L., 546, 547, 573
 Fivush, R., 70
 Flanders, L., 553
 Flannery, D., 254
 Fleming, M., 118, 219, 436, 541
 Flobbe, K., 116
 Flory, N., 113
 Foa, U., 202
 Folb, K., 19, 20
 Foley, D., 163
 Foley, S., 441
 Folkes, V., 192
 Food and Drug Administration, 109
 Forbes, G., 101, 103
 Ford, C., 150
 Ford, K., 5
 Forrest, J., 376
 Forsyth, C., 536, 594
 Foubert, G., 546
 Fowke, K., 501
 Fox, M., 262
 Fox, R., 298
 Fox, T., 12
 Francouer, R., 9
 Frankowski, N., 380
 Fraser, L., 137
 Fraunfelder, F., 118
 Frayser, S., 363
 Frazier, P., 559, 563
 Freeburg, E., 552
 Freedman, E., 13, 294
 Freeman, E., 109, 145
 French, D., 379
 Freud, S., 172
 Freund, K., 527, 528, 533
 Freund, M., 538
 Friday, N., 239
 Friebely, J., 161
 Friedan, B., 421
 Friedman, M., 592
 Friedman, S., 411
 Friedrich, W., 65, 177, 364, 366, 367, 368, 369
 Frisch, K., 116, 119
 Frohlich, P., 434
 Fromm, E., 190
 Fu, H., 299
 Fugl-Meyer, K., 428, 431
 Furnham, A., 79
 Gaboury, J., 408
 Gaby, A., 107
 Gacci, M., 144
 Gafni, N., 60
 Gager, C., 403
 Gagnon, J., 374
 Galavotti, C., 498
 Galewitz, P., 307
 Gallagher, 283
 Gallo, L., 199
 Gallop, R., 567
 Galloway, J., 203
 Gange, S., 141
 Gangestad, S., 209
 Ganong, L., 83
 Gao, F., 493
 Garcia, L., 83
 Garcia-Banigan, D., 457
 Gardner, M., 563, 564
 Gardos, P., 438
 Garnefski, N., 567
 Garos, S., 532
 Garza-Leal, J., 532
 Gay, D., 346
 Gaynor, M., 144
 Gearhart, P., 359
 Gearson, C., 458
 Geary, S., 335
 Gebhard, P., 138, 367, 407, 527, 531
 Geer, J., 60
 Gehrenbeck-Shim, D., 559
 Gelfand, M., 151, 153, 154
 Gendel, E., 538
 Genevie, L., 538
 Genta, M., 354
 George, A., 375
 Getahun, 357
 Ghani, J., 497
 Ghizzani, A., 106
 Gholami, S., 432
 Giaquinto, S., 436
 Giargiari, T., 158, 429
 Gibbons, A., 58
 Gierhart, B., 426
 Giesen, D., 397, 411, 413
 Gilbert, B., 484
 Gilbert, L., 546
 Gill, S., 116
 Giller, J., 553
 Girman, A., 105, 107
 Glancy, G., 459
 Glaser, G., 335
 Glass, G., 83
 Glass, R., 83
 Gleit, D., 385
 Glennon, L., 15
 Glick, P., 13
 Glina, S., 436
 Global Agenda, 598
 Global Study of Sexual Attitudes and Behavior, 417
 Glover, 354
 Godbey, G., 248
 Godow, A., 209
 Goens, J., 476
 Gold, D., 83
 Gold, M., 163
 Goldberg, C., 439
 Goldberg, J., 95
 Goldberg, M., 409
 Goldberg, T., 150, 165, 166
 Goldman, J., 273
 Goldstein, I., 108, 433
 Goldstein, J., 108
 Golombok, S., 70
 Goodman, D., 449
 Goodman-Brown, T., 569
 Goodrum, A. J., 69, 70, 71
 Goodyear, R., 386
 Gooren, L., 72
 Gordon, S., 131, 142
 Gorey, K., 563
 Gorski, R., 59, 80
 Gotthardt, M., 454
 Gottman, J., 214, 220, 221, 230, 403, 404
 Gover, T., 572
 Gowen, L., 589
 Grafenberger, E., 173
 Graham, C., 584
 Graham, E., 93
 Graham, J., 318
 Graham, N., 500
 Grant, J., 278
 Graves, K., 487
 Graves, Z., 432
 Gravholt, C., 62
 Green, B., 60
 Green, J., 592
 Green, L., 155
 Green, R., 71, 75
 Greenberg, B., 21
 Greene, B., 4, 75, 211, 217, 373
 Greenfield, D., 589
 Greenstein, A., 150
 Greenwald, E., 368
 Greer, P., 489
 Gregersen, E., 126
 Gregorian, R., 166
 Gribble, J., 44
 Grisell, T., 142
 Grodstein, F., 110
 Gron, 60
 Gross, B., 529, 530, 531, 564
 Gross, L., 18, 20
 Gross, T., 515
 Gross, W., 564
 Gruszecki, L., 431
 Gu, G., 59
 Guadagno, R., 574
 Guarneri, G., 137
 Gudykunst, W., 210
 Guerrero-Pavich, E., 210
 Guidry, H., 563
 Guillebaud, J., 305
 Guloien, T., 549
 Gundlach, J., 416
 Gupta, P., 353
 Gur, R., 60
 Gutek, B., 571
 Guttmacher, S., 298, 300, 303, 308, 384
 Guy-Sheftall, B., 14
 Haansbaek, T., 445
 Hafez, E., 132, 133
 Haffner, D., 11, 380, 390

- Hagan, P., 106
Hagen, H., 593
Halberstadt, A., 211
Hall, B., 409,
Hall, G., 549, 550
Hally, C., 441
Halpern, D., 60
Halpern-Felsher, B., 254
Hamblett, M., 537
Hamilton, E., 116, 243, 252
Hamilton, T., 91, 92, 431
Hampton, T., 489
Han, J., 487
Handsfield, H., 474
Haney, D., 354
Hannenber, R., 471
Hanrahan, S., 107
Hanson, R., 545, 567
Hanus, J., 582, 589
Hargreaves, D., 556
Hari, J., 591
Harley, V., 55
Harlow, B., 249, 367
Harlow, H., 249, 367
Harned, M., 573
Harper, C., 318
Harper, D., 485
Harris Poll, 317
Harris, C., 203, 298
Harris, R., 572
Harrison, T., 84, 380
Hartmann, J., 143
Hartwell, C., 497
Harvard Health
 Publications, 420,
 436, 457
Haslalm, 268
Hass, A., 380
Hatcher, R., 305, 310, 315
Hatfield, E., 196
Haurin, R., 376
Hayden, 283
Hayes, R., 402
Hays, M., 408
Hazan, C., 198
Healy, B., 119
Heath, R., 99, 157, 173
Heavey, S., 318
Hecht, M., 210, 211
Heck, J., 116
Heckman, T., 507
Heim, N., 150
Heimberg, R., 380
Heinlein, R., 185
Helien, A., 447
Hellman, S., 145
Hellstrom, W., 426, 431
Helmreich, R., 83
Helstrom, L., 113
Hendrick, C., 190, 201, 217
Hendrick, S., 190, 201, 217
Henke, A., 324
Henning, K., 238, 239
Hensley, C., 560
Henson, H., 118
Herdt, 270
Herold, 373
Herter, C., 436
Hesketh, R., 399
Heukelbach, J., 491
Hewitt, G., 305
Heyden, M., 555
Hickman, S., 549
Hickson, F., 559
Higa, G., 119
Hilden M., 557
Hill, M., 548
Hillard, P., 318
Hillis, S., 382
Hines, 58, 63
Hingson, R., 379, 382, 385
Hiort, O., 55
Hirokawa, K., 83
Hite, S., 245, 450
Hitt, J., 158
Hobbs, 244
Hodge, D., 4, 7
Hodson, J., 110
Hoffman, R., 144, 497
Hoggard, L., 596
Holden, S., 410
Holder, D., 379
Hollabaugh, L., 551, 552
Hollander, D., 314
Holman, B., 437
Holmes, S., 454
Holmstrom, G., 557
Holstege, G., 158
Holterhus, P., 55
Hongo, J., 582
Hoofnagle, J., 487
Hoover, E., 563
Hopper, F., 383
Horsburgh, M., 364
Horton, M., 140
Horwitz, A., 402
Howard, A., 551
Hoxworth, T., 510, 517
Hoyert, D., 352
Hu, D., 508
Hubschman, L., 74
Hudson, M., 584
Hudson, T., 108, 110,
 427, 488
Hughes, J., 558
Hull, E., 158
Human Life International,
 296
Human Rights Campaign,
 408, 410
Human Rights Watch, 514
Humphries, K., 116
Hunsberger, B., 572
Hunsley, J., 567
Hunt, M., 367, 380, 529
Hunter, J., 380
Hurlbert, D., 244
Hutchinson, M., 388
Hutti, M., 300, 303
Huyghe, P., 139
Hyde, J., 60, 65, 74, 78
Ickes, W., 512
Iervolino, A., 76
Imperato-McGinley, J., 64
Incrocci, L., 436
Internet World Stats,
 22, 24
Intersex Society of North
 America, 62
Iovine, V., 359
Ireland, 7
Isaacs, J., 333
Isely, P., 559
Ishii-Kuntz, M., 76
Israel, 270
Jaccard, J., 379
Jack, G., 144
Jacklin, C., 78
Jackson, A., 435
Jackson, J., 102, 567
Jacoby, S., 419
Jaffe, Y., 239
Jakobsen, J., 15
James, T., 211
Jamieson, M., 314
Jamison, P., 138
Jancin, B., 541
Jani, A., 145
Janssen, N., 354
Janus, C., 253, 374
Janus, S., 253, 374
Jarrell, A., 417
Jeavons, H., 488, 489
Jeffery, C., 359, 417, 442
Jegalian, K., 55
Jehl, D., 7
Jenkins, 551
Jennings, V., 79
Jensen, G., 438, 560
Joannides, P., 248
Joffe, A., 130
Johnson, A., 76
Johnson, C., 568
Johnson, D., 343, 483
Johnson, H., 154
Johnson, K., 432, 457, 510
Johnson, M., 567
Johnson, P., 583
Johnson, V., 138, 141, 168,
 175, 176, 179, 180, 249,
 254, 432
Johnston, L., 562
Jones R., 384, 443
Jones, E., 433
Jones, W., 83
Jong, E., 411
Jorgenson, L., 573
Joseph, R., 438
Joyce, T., 345
Joyner, J., 396
Juarez, V., 396
Kabir, 357
Kaelin, C., 113, 116, 118
Kaestle, C., 379
Kagan-Krieger, 62
Kaiser Family Foundation,
 10, 20, 247, 337
Kaiser, C., 24, 37
Kalb, C., 106, 112, 264, 283
Kalick, M., 195
Kalof, L., 575
Kane, W., 76, 130
Kann, L., 389
Kantner, J., 376
Kantrowitz, B., 78, 108,
 286, 419
Kapinus, C., 415
Kaplan, H., 166, 167, 431,
 444, 446, 454
Kaplan, M., 536
Karama, S., 157
Karasz, A., 488
Karney, B., 205
Karofsky, P., 380
Kasl, C., 440
Kassabian, V., 136
Kassing, L., 557, 558,
 559, 560
Kattan, M., 144
Katz, J., 396
Katz, P., 83
Kaufman, G., 357
Kaunitz, A., 307
Kavoussi, R., 143, 437
Keele, B., 493
Keller, J., 78
Keller, M., 515
Kellett, J., 417, 420
Kelley, C., 436
Kelley, M., 574
Kelley, R., 335
Kellog-Spadt, S., 433
Kelsberg, G., 129
Kempner, M., 37, 594
Kennedy, K., 437
Kent, C., 469
Kerns, D., 551

- Kerr, K., 318
 Kesby, M., 497
 Kessler, S., 68
 Kiel, R., 111
 Kielwasser, 99
 Kilbourne, C., 113
 Kilmartin, C., 440
 Kim, E., 349, 430, 453
 Kimlicka, T., 83
 Kimmel, M., 580
 Kimura, D., 60
 Kingree, J., 553
 Kingsberg, S., 151, 153,
 175, 335, 417
 Kinkade, S., 140
 Kinsey, A., 4, 17, 30, 136,
 160, 179, 262, 285, 364,
 365, 368, 529, 538, 557
 Kipnis, L., 582, 584, 586
 Kirby, D., 386, 391
 Kirchmeyer, C., 83
 Kirchner, J., 480
 Kirkpatrick, L., 199, 202
 Kissinger, P., 377, 517
 Kissling, E., 102, 295
 Kitch, M., 268
 Kitson, G., 416
 Klein, J., 385
 Klein, M., 244, 438,
 539, 585
 Kleinbart, E., 119
 Kleinplatz, P., 530, 531
 Klingner, K., 580, 598
 Kloer, P., 588
 Kluger, J., 249
 Knafo, D., 239
 Knight, K., 591
 Knott, P., 106
 Knox, K., 585
 Kobrin, P., 91
 Koch, P., 421
 Kochan, L., 488
 Koch-Straube, U., 421
 Koehler, J., 444, 452
 Koen, K., 510
 Koenig, 44, 45
 Kohl, J., 162
 Kollin, C., 129
 Kolodny, R., 62
 Komaromy, M., 572
 Komisaruk, B., 94, 155,
 158, 173, 437
 Koo, H., 502
 Korber, B., 493
 Korenman, S., 455
 Kort, M., 316, 318
 Korzeny, F., 210
 Koss, M., 550, 557
 Koukounas, E., 160
 Koumans, E., 464
 Krahe, B., 551, 557,
 558, 559
 Krakow, B., 557
 Krehling, L., 91
 Kreinin, T., 388, 389
 Kripke, C., 305
 Krist, A., 351
 Kristof, N., 318, 337, 339
 Krone, M., 480
 Krueger, R., 536
 Krujiver, F., 72
 Ksanskak, K., 83
 Ku, L., 382
 Kuehn, B., 470, 474
 Kulin, H., 372
 Kurdek, L., 201
 Kuriansky, J., 21, 257
 Kuzma, C., 398
 LaBrie, J., 385, 516
 Lacey, R., 190
 LaFrance, M., 572
 LaFranchi, H., 514
 Lagana, L., 385, 386
 Lahn, B., 55
 Lain, K., 352
 Lam, J., 144
 LaMay, M., 60
 Lamb, D., 459
 Lambe, E., 60
 Lambert, E., 200
 Lammers, C., 379
 Lamptey, P., 495, 496, 497,
 499, 501, 504, 507, 508,
 509, 510, 515
 Landau, J., 572
 Landen, M., 72
 Landler, M., 598
 Landron, F., 532
 Lane, F., 583, 587
 Langevin, R., 536
 Langstrom, N., 528
 Lanyon, R., 533
 Lapham, L., 19
 Larson, C., 110
 Latty-Mann, H., 186
 Lauer, J., 206
 Lauer, R., 206
 Lauersen, N., 432
 Laufer, M., 106
 Laumann, E., 5, 22, 34, 35,
 38, 141, 156, 193, 194,
 244, 250, 253, 263, 268,
 375, 379, 395, 405, 406,
 411, 426, 430, 431, 444
 Laurent, B., 69
 Lawless, L., 244
 Lawrence, J., 73, 74
 Lawson, 42
 Leadbeater, B., 377
 Leaper, C., 76
 Leary, M., 194
 Leavitt, F., 564
 Lee, J. A., 56, 83, 190
 Lefevre, M., 111
 Lehr, S., 389
 Leibenluft, E., 60
 Leiblum, S., 420, 434, 452
 Leigh, B., 202
 Leiner, S., 111
 Leitenberg, H., 238, 239,
 240, 242, 368, 374
 Leland, J., 268, 283
 Lemonick, M., 101
 Lepowsky, M., 52
 Lerman, S., 59
 Leshner, 37
 Leslie, D., 563
 Letourneau, E., 444
 Leuchtag, A., 596, 598
 Levant, R., 217
 Lever, J., 250, 252, 254, 443
 Levin, R., 151, 167,
 173, 179
 Levine, M., 540
 Levitt, E., 530
 Levy, A., 268, 420, 455,
 565, 587
 Levy, K., 101
 Levy, S., 565
 Lew, M., 444
 Lewis, D., 455
 Leye, E., 92
 Liao, L., 69
 Lichter, D., 193, 397
 Lidster, C., 364
 Liebowitz, M., 191
 Lief, H., 74
 Ligos, M., 572
 Lim, L., 594, 596
 Lindberg, L., 298
 Lindholmer, C., 133
 Lindhom, J., 560
 Linskey, A., 594
 Linton, M., 550, 551,
 552, 554
 Linz, 40, 548
 Lippa, 262, 268
 Lips, H., 65
 Lisotta, 7
 Liu, 406, 471
 Liu, M., 8
 Liu, X., 499
 Lively, E., 364
 Lively, V., 364
 Loftus, D., 564
 Loftus, E., 581
 London, 354
 London, S., 478
 Lonsway, K., 346, 546, 547
 Looy, H., 62, 69, 70
 Lorber, J., 65
 Lorch, D., 556
 Louis, M., 504
 Loulan, J., 250
 Love, P., 154
 Lowenstein, L., 527
 Lown, J., 416, 422
 Loy, P., 572
 Lucentini, J., 191
 Luchies, L., 379
 Lue, T., 428, 430, 431
 Lukwago, S., 118
 Lumpkin, M., 79
 Lurie, P., 509
 Lutfey, K., 444
 Lynch, 354
 Lynxwiler, J., 346
 Lytton, 77
 Maass, A., 570
 Maccoby, E., 78
 MacDonald, T., 164, 263
 MacGeorge, E., 212
 Machado, M., 405
 MacKellar, D., 502
 MacKinnon, C., 572
 Macklon, N., 101
 Majewska, M., 60
 Mak, T., 79
 Makadon, H., 116
 Malamuth, N., 42, 546, 550
 Malesky, L., 565
 Maltz, 241
 Mandoki, 62
 Manguno-Mire, G., 60
 Manji, 7
 Manlove, J., 385
 Mannino, D., 166, 435
 Mansfield, P., 175
 Manson, J., 110
 Mantell, J., 515
 Mao, C., 485
 Maravilla, K., 170
 Marchione, M., 510
 Margolies, E., 348
 Margolis, L., 46
 Marin, A., 574
 Marin, B., 385
 Marin, R., 18
 Marshall, D., 126
 Marshall, W., 533, 534, 550
 Martinez, G., 308
 Martinson, F., 365, 367,
 369, 387
 Marvan, M., 102
 Marx, J., 383
 Masters, W., 138, 141, 168,
 175, 176, 179, 180, 249,
 254, 432, 557

- Matek, O., 535
 Mathes, E., 203
 Matson, F., 367
 Matteo, S., 104
 May, R., 190
 Mayer, K., 325
 Mays, V., 283
 Mazhar, D., 145, 150
 Mazur, 63
 McCabe, M., 560
 McCarthy, B., 429, 434
 McCollum, C., 587
 McCord, J., 457
 McCormick, S., 118
 McCoy, N., 161, 420
 McCullough, A., 455
 McDonald, C., 201
 McElroy, W., 598
 McEwen, B., 58, 154
 McFarlane, J., 105, 219
 McGinn, D., 395, 420
 McGinnis, M., 140
 McGraw, S., 118
 McKay, A., 163, 165, 166
 McKenna, P., 129
 McKibben, A., 562
 McKinney, K., 194, 375, 379
 McLaren, A., 294
 McLean, L., 567
 McLean, V., 140
 McNaught, J., 314
 McNeill, B., 75
 McNicholas, T., 150, 151, 153
 McNiven, P., 355
 McVary, K., 453
 Mead, M., 66
 Medical Center for Human Rights, 560
 Meeks, B., 190
 Melby, T., 69, 141, 597
 Melchert, T., 564
 Meltzer, D., 91
 Mendenhall, P., 556
 Menvielle, 74, 77
 Mercy, T., 382
 Merkin, D., 89
 Meschke, L., 384, 385, 389
 Messenger, J., 156
 Messner, M., 469
 Meston, C., 98, 164, 249, 434, 437, 444
 Meyer, M., 8, 72
 Meyer, P., 597
 Meyer-Bahlburg, H., 63, 68, 69, 72
 Meyerhoff, 78
 Meyers, D., 473
 Mezin, Z., 397
 Michael, M., 418
 Michaels, D., 580
 Michelson, D., 159
 Midyett, L., 371
 Migeon, C., 67
 Milhausen, 373
 Mill, J., 497
 Miller, K., 389
 Miller, L., 5, 325, 333, 338, 343, 344, 346, 348, 411
 Miller, T., 464
 Mills, A., 273
 Mills, J., 481
 Milne, C., 580
 Milner, C., 539
 Milow, V., 101
 Mindel, A., 481
 Miner, M., 550, 567
 Mink, G., 573
 Minkoff, H., 507
 Minnis, A., 311
 Minor, M., 562, 566
 Minto, C., 69
 Mintz, H., 565
 Misrahi, M., 501
 Mitchell, D., 558
 Mitka, M., 116, 354, 454
 Mohler-Kuo, M., 554
 Mok, F., 593
 Moller, L., 72, 78
 Mona, L., 438
 Money, D., 500
 Money, J., 62, 66, 67, 68, 72, 138, 526, 530, 538
 Mongeau, P., 200
 Monroe, 283
 Montagu, A., 367
 Montgomery, M., 190
 Montomoli, M., 106
 Montorsi, P., 435
 Moodley, D., 507
 Moon, Y., 335
 Moore, K., 112
 Morales, A., 154
 Moran, R., 14, 402
 Morehouse, R., 447
 Morgan, 12, 13, 296
 Morris, 60, 69
 Moser, C., 530, 531
 Mosher, C., 530
 Mosher, E., 4, 65
 Mosher, W., 254, 374
 Mossad, S., 477
 Mott, F., 376
 Muehlenhard, C., 373, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 554
 Murnen, S., 160, 549
 Murphy, E., 352
 Murphy, P., 307
 Murr, 283
 Murray, C., 118
 Murray, J., 562
 Murray, P., 318
 Murrey, G., 444
 Murry, V., 377
 Murstein, B., 201, 382
 Mustanski, B., 45
 Mwai, 92
 Myers, S., 572
 Myerson, M., 83, 84
 Mzaidume, Z., 498
 Nadler, R., 535
 Najman, J., 567
 Napolitane, C., 416
 Nash, J., 456
 Nashelsky, J., 111
 National Council on Sexual Addiction and Compulsivity, 540
 National Father Initiative Study, 396
 National Health and Social Life Survey (NHSLS), 37
 National Institute of Allergy and Infectious Diseases, 309
 National Opinion Research Center, 36
 National Organization for Women, 79
 National Pro-Life Alliance, 346
 National Survey of Family Growth, 337
 Nattinger, A., 118
 Naughton, K., 455
 Navarro, M., 91
 Neale, J., 527, 536
 Nelson, 105, 107
 Ness, C., 381
 Ness, R., 99, 488
 Neto, F., 186
 Neumark-Sztainer, D., 389
 Nevid, J., 195
 Nguyen, D., 382
 Niccolai, L., 383, 518
 Nichols, M., 248, 440, 446
 Niedowski, E., 399
 Nielsen, K., 567
 Nieschlag, E., 324
 Nilsson, S., 318
 Nishith, P., 550
 Nixin, D., 139
 Nkanginieme, 93
 Noble, M., 432
 Noll, J., 566
 Noller, K., 198, 485
 Norris, D., 459
 Nour, N., 92, 93
 Novak, R., 506
 Nusbaum, M., 151, 152, 153, 175, 176, 177, 418
 Nussbaum, E., 67, 69
 Nuttin, J., 192
 O'Brien, P., 105
 O'Connor, A., 402, 403
 O'Donnell, L., 376, 377, 379
 O'Donohue, W., 546
 O'Neill, P., 410, 442, 552
 O'Sullivan, A., 551
 O'Sullivan, L., 81, 551
 Ochs, E., 35
 Ofman, 17
 Ogden, G., 59
 Okazaki, 35, 76
 Olds, D., 353
 Oliver, M., 166
 Oliwenstein, L., 332
 Olsen, V., 552
 Olsson, 72
 Ontai, 75
 Ormrod, R., 593
 Osborn, C., 526, 536
 Osman, A., 449
 Osterbauer, P., 476
 Ostling, R., 5
 Oswald, R., 551
 Otis, 270
 Ott, M., 382
 Otto, H., 246
 Over, R., 134
 Owen, L., 102
 Pace, B., 111, 436
 Padawer, J., 357
 Padayachi, 563
 Padian, N., 311
 Page, D., 55, 555
 Palmer, J., 108
 Paludi, 78
 Pan, E., 402
 Pancholi, P., 487
 Panzer, C., 303
 Paredes, R., 157
 Parham, T., 211
 Parish, W., 471
 Parker, C., 126
 Parker, D., 153
 Parker, L., 60
 Parker, R., 564
 Parks, C., 45, 210
 Parrot, A., 546
 Parry, J., 112
 Parsons, B., 574
 Passariello, C., 598

- Pathfinder International, 399
- Patz, A., 403
- Paukku, M., 383
- Paul, P., 581, 588, 598
- Pauls, R., 94
- Paz-Bailey, G., 483, 484, 496
- Pealer, 45, 46
- Pearlstein, T., 105
- Pedersen, C., 154
- Pellegrini, 15, 77
- Penley, C., 581
- Peraino, 283
- Perel, E., 240
- Perez, A., 358
- Perleman, M., 240
- Perry, J., 173
- Peterson, J., 506
- Pew Research Center, 402, 403, 410
- Peyser, M., 590
- Philaretou, A., 565
- Philliber, S., 386
- Phillips, D., 5
- Piccionelli, G., 587, 588
- Picker, 403
- Pickett, M., 126, 150
- Pierce, P., 570
- Pike, 79
- Pilcher, C., 499
- Pinhas, V., 239
- Pinkerton, J., 108
- Pithers, W., 550
- Pitino, L., 161
- Pittler, M., 164
- Plail, R., 142
- Planned Parenthood Federation of America, 242, 308, 368
- Platner, J., 309
- Plaud, 34
- Plaut, S., 459
- Polgreen, 553
- Polinsky, M., 119
- Pollack, H., 441
- Pollitt, K., 298, 343, 345, 415, 457, 485
- Polonsky, D., 453
- Pomeroy, 270
- Pope, E., 295, 298, 309
- Pope, K., 564
- Popp, 373
- Population Council, 316
- Porter, 564
- Potdar, 44, 45
- Potter, J., 119
- Potter, L., 306
- Potterat, J., 517
- Potts, M., 419
- Power, C., 7, 331, 399
- Powlishta, K., 78
- Prabu-Jeyabalan, M., 508
- Prentice, R., 118
- Prentky, R., 555
- Preston, P., 227
- Previti, D., 415
- Pridal, C., 429
- Priestly, C., 488
- Prince, V., 529
- Prince-Gibson, E., 92
- Princeton University, Office of Population Research and Association of Reproductive Health Professionals, 317
- Proctor, F., 171
- Propst, A., 106
- Proulx, J., 549
- Pukall, C., 433
- Putnam, F., 562, 567
- Pyke, K., 76
- Quackenbush, D., 581
- Quinn, T., 495
- Quittner, J., 541
- Rabock, J., 62
- Rader, B., 13
- Radlove, S., 83
- Raffaelli, 75
- Rahman, 268
- Rako, S., 149, 150, 152, 153, 161
- Ramson, A., 575
- Ranii, D., 587
- Ranjit, N., 301
- Ray, A., 83
- Raz, R., 111
- Real, T., 13, 445
- Reamer, F., 459
- Reape, K., 295
- Redmond, G., 151, 152
- Reeder, H., 189
- Regan, P., 188, 200
- Regehr, C., 459
- Regnerus, M., 379
- Reid, P., 75, 137
- Reinberg, S., 457
- Reiner, W., 58, 68, 69
- Reiser, 372
- Reiter, R., 433, 444
- Rempel, J., 102
- Renaud, C., 240
- Renshaw, D.,
- Renzetti, C., 80
- Reproductive Health Matters*, 556
- Resnik, P., 357
- Reuters, 137
- Reyna, V., 564
- Reynolds, J., 594,
- Reynolds, S., 140, 499
- Rhode, D., 572
- Rhodes, S., 45, 46
- Rholes, W., 197
- Rhynard, J., 551
- Ribadeneira, D., 80
- Rickert, V., 385, 546
- Ricks, T., 572
- Rickwood, D., 219, 541
- Richard, D., 155
- Richards, C., 113
- Richards, L., 585
- Richards, M., 109, 318
- Richards, R., 554
- Richardson, B., 499
- Richardson, D., 450, 484
- Richter, S., 456
- Rider, E., 74
- Ridgeway, J., 590
- Ridley, 70
- Rieder, R., 254
- Rienzo, B., 380
- Rierdan, J., 442
- Riley, A., 152
- Riley, E., 152
- Rind, B., 567
- Ring, W., 593
- Ringdahl, E., 489
- Rintala, M., 485
- Rios, D., 596
- Riscoll, L., 457
- Rissman, E., 104
- Ritts, V., 139, 140
- Robb-Nicholson, 357
- Robboy, A., 359
- Robinson, B., 248, 433
- Robinson, D., 79, 549
- Robrecht, L., 561
- Roddy, R., 513
- Rodgers, C., 547
- Rodin, J., 202
- Rodriguez, N., 564
- Rodriguez-Stednick, O., 556
- Roffman, 9
- Rogers, C., 215
- Rojanapithayakorn, W., 471
- Romanowski, B., 482, 486, 487
- Romeo, J., 546, 551, 552, 553, 557
- Romney, D., 77
- Ronsman, C., 357
- Roscoe, B., 574
- Rose, 270
- Rosen, B., 40, 164, 165
- Rosen, R., 475, 478, 494, 495
- Rosenau, D., 449
- Rosenberg, M., 283, 458, 562
- Rosenthal, E., 93
- Rosenzweig, J., 84
- Rosler, A., 150
- Rosman, J., 539
- Ross, L., 142
- Rothbaum, B., 102
- Rothenberger, J., 512
- Rotheram, 83
- Rousseau, C., 499, 507
- Routh, L., 357
- Rowland, D., 164, 165, 431
- Royce, R., 501, 509
- Rubinfeld, K., 217
- Rubin, L., 530
- Rubin, Z., 65, 186
- Rubinsky, H., 160
- Rubinson, L., 299
- Ruddock, 241
- Rumstein-McKean, O., 567
- Ruowei, L., 358
- Russell, B., 283, 551
- Russell, R., 570
- Russo, N., 295
- Rust, D., 382, 464
- Ryan, 364, 368
- Reinisch, J., 9, 35, 369
- Radar, 16, 17
- Ross, M., 22, 23, 219, 378
- Romano, 22, 24
- Saad, L., 346, 347
- Saario, T., 79
- Sadker, D., 78
- Sadker, M., 78
- Sadovsky, R., 153
- Saewyc, F., 567
- Safren, S., 380
- Saigal, C., 430
- Salem, R., 315
- Salisbury, N., 337
- Salonia, A., 333
- Salovey, P., 202
- Salter, D., 562
- Sampson, E., 83
- Samraj, G., 445
- Sanchez, L., 403, 440, 441
- Sanchez, Y., 75
- Sanday, P., 548
- Sandelowski, M., 348
- Sanders, G., 9, 248
- Sandler, B., 558
- Sandnabba, N., 368, 369, 530
- Sangrador, J., 195
- Santelli, J., 295

- Santilla, P., 530
 Sarrel, P., 175, 557, 560
 Satel, S., 540
 Saunders, E., 532
 Savage, D., 565
 Savic, L., 161
 Sawyer, R., 554
 Sbarra, D., 416
 Schaffir, J., 348
 Schaffner, 24
 Scharfe, E., 199
 Scheela, R., 562
 Scheidler, A., 298
 Scher, H., 574
 Scheurer, 83
 Schiffman, M., 484
 Schmidt, L., 333
 Schmitt, D., 196
 Schnarch, D., 411, 421
 Schneider, O., 74, 549, 551
 Schoen, J., 321
 Schoener, G., 459
 Schooler, D., 102
 Schover, L., 435, 438
 Schrag, J., 554
 Schredl, M., 238
 Schrinsky, D., 354
 Schroder, M., 73
 Schubach, G., 174
 Schwartz, J., 447
 Schwartz, K., 144
 Schwartz, P., 245
 Scott, L., 101, 417
 Scrimshaw, S., 354
 Seal, D., 46, 166
 Seaman, B., 313
 Seaman, G., 313
 Segraves, K., 175, 437
 Segraves, R., 175
 Seibert, C., 107
 Seidman, S., 254
 Seifer, M., 407
 Semaan, S., 518
 Semans, J., 453
 Sem-Jacobsen, C., 157
 Senn, C., 549
 Seo, K., 453
 Seppa, N., 499
 Sev'er, A., 571, 573
 Shackelford, T., 203
 Shah, J., 322, 358
 Shanks, 556
 Shearer, B., 383
 Sheela, 562
 Sheets, V., 203
 Sherfer, T., 497
 Shernoff, 22
 Shifen, J., 151
 Shimonaka, Y., 83
 Ship, A., 119
 Shlain, L., 581
 Shook, N., 551
 Showers, C., 192, 194
 Shrier, L., 551
 Shtarkshall, R., 450
 Shuit, D., 137
 SIECUS Fact Sheet, 383
 Siegel, 34
 Sieving, R., 379
 Sigmondson, H., 67, 68, 69
 Silver, R., 357
 Silverman, B., 515
 Simon, C., 4, 118
 Simon, H., 455
 Simon, J., 568
 Simon, W., 374
 Simonson, H., 257
 Simonson, K., 546, 548
 Simpson, J., 209
 Sinderbrand, R., 321
 Singer, L., 89
 Singh, A., 478
 Sinnett, R., 538
 Sinnott, J., 83
 Sipe, A., 237
 Skipp, C., 420
 Skolnick, A., 76
 Slijper, F., 63
 Sluzki, C., 211
 Small, S., 551
 Smalley, S., 553, 593
 Smeltzer, S., 436
 Smith, D., 115, 134, 426
 Smith, T., 199
 Smith, W., 391
 Smithyman, S., 549
 Solinger, 15, 346
 Solomon, R., 191
 Somers, C., 388
 Sonenstein, F., 376
 Sonfield, A., 2
 Sontag, S., 418
 Sorell, G., 190
 Sorenson, R., 376
 Soroka, M., 211
 Soukup, E., 400
 South-Paul, 4
 Span, 283
 Spedale, D., 409
 Speer, R., 89
 Spence, J., 83
 Spencer, T., 558
 Spitzberg, 558
 Sportolari, L., 219
 Sprauve, 354
 Sprecher, S., 186, 188, 194, 195, 196, 201, 205, 375, 379, 405
 Springen, K., 112, 114, 245
 Springen, K., 335
 Spring-Mills, E., 132, 133
 Spruyt, A., 310
 Srivastava, A., 143
 Sroufe, L., 198
 Stack, S., 416
 Stanberry, L., 478, 483
 Stander, V., 563
 Stanley, D., 526, 532
 Stark, C., 157
 Starr, B., 176, 177
 Staten, C., 552
 Stearns, S., 107
 Stebleton, M., 512
 Steele, B., 594
 Stein, 268, 372
 Steinbrook, R., 483
 Steinem, 580
 Steiner, M., 105
 Steininger, C., 486
 Stenager, E., 436
 Stephen, T., 84
 Stephenson, M., 334
 Steptoe, S., 403
 Stermac, L., 559
 Stern, P., 557, 562
 Sternberg, R., 187
 Stewart, F., 311
 Stewart, G., 311, 315
 Stewart, L., 572
 Stier, D., 384
 Stinson, L., 44
 Stobbe, M., 357, 475
 Stock, W., 580
 Stokes, G., 374
 Stoller, R., 270, 529, 539
 Stolte, I., 495, 506
 Strachan-Bennett, S., 435
 Strand, A., 484
 Strasburger, V., 386
 Straus, J., 395, 396, 411, 414
 Strauss, S., 502
 Streisand, 21
 Striar, S., 160, 208
 Strong, D., 516
 Struckman-Johnson, C., 551, 560
 Struckman-Johnson, D., 560
 Stuart, F., 439, 446
 Stubbs, K., 155
 Subich, L., 546, 548
 Subramoney, S., 353
 Sugar, N., 93
 Suggs, R., 126
 Suligoi, B., 503
 Sullivan, 5
 Summers, T., 23, 496
 Superville, 93
 Surmann, A., 388
 Suro, R., 572
 Swaab, 59
 Swiss, S., 553
 Sworkin, 81
 Symes, L., 557
 Taddio, A., 141
 Tamimi, R., 110, 457
 Tan, J., 558
 Tang, So-kum, 8
 Tannen, D., 211, 212
 Task Force on Circumcision, 141
 Tavis, C., 77
 Taylor, 13, 22, 590
 Taylor, G., 409
 Taylor, J., 137
 Taylor, P., 311
 Taylor, R., 530, 590
 Teachman, J., 398
 Teich, M., 402, 413, 414
 Templeman, T., 538
 Terrance, C., 575
 Thaker, H., 507
 Thanasiu, P., 364, 368
 Tharaux-Deneux, C., 342
The Hindu News Update Service, 400
 Thoennes, N., 546, 550, 557, 558
 Thomas, G., 343, 344
 Thomas, J., 514, 567
 Thompson, M., 554
 Thornburg, H., 369
 Thorne, S., 118
 Thornton, A., 398
 Tickamyer, A., 75
 Tiefer, L., 249
 Tierney, 79
 Timmerman, J., 449
 Ting-Toomey, S., 210
 Tjaden, P., 546, 550, 557, 558
 Todd, J., 421, 497, 508
 Tollison, C., 536, 539
 Tomkins, S., 65
 Tomlinson, F., 457
 Tone, A., 294, 324, 332
 Torassa, U., 499
 Torpy, J., 107
 Torres, J., 75
 Toufexis, A., 191
 Townsend, J., 195, 201
 Traish, A., 151
 Tran, M., 485
 Treas, J., 397, 411
 Trevor, C., 390
 Triplett, W., 587
 Tripp, C., 531
 Troiden, R., 202, 539, 540

- Tromovitch, P., 567
 Trost, J., 180
 Troy, A., 402
 Truitt, W., 134
 Trull, D., 139
 Trussell, J., 297
 Tucker, S., 151, 498
 Tudge, C., 163
 Tuerkheim, A., 201
 Tuiten, A., 152
 Tummino, A., 298, 318
 Turgeon, 448
 Turner, 29, 34
TV Guide, 19
 Twaite, J., 556
 Tyre, P., 354

 Ubell, E., 201
 Ullman, S., 557
 Umberson, D., 402
 Umstead, 22, 23
 UN Office for the
 Coordination of
 Humanitarian
 Affairs, 407
 Underwood, A., 348
 Unger, R., 83
 Upadhyay, U., 324
 U.S. Attorney General's
 Commission on
 Pornography, 585
 U.S. Bureau of the Census,
 395, 396
 U.S. Census Bureau, 33,
 395, 396, 422
 U.S. Department of Health
 and Human Services, 36
 U.S. Department of Justice,
 545, 550
 U.S. Merit Systems
 Protection Board, 571
 U.S. Preventive Services
 Task Force (USPSTF),
 144, 145
 Ussher, J., 530

 Vachss, A., 567
 Valente, S., 572
 Valera, R., 592
 Valliant, P., 562
 Van Damme, L., 513
 Van den Bossche, F., 299
 Van Griensven, 45
 Van Hook, M., 597
 Van Howe, R., 141

 Van Lankveld, J., 433
 Van Oss Marin, B., 210
 Van Wyk, P., 369
 Van Zeijl, 553
 Vandellos, J., 203
 Vandenbosche, M.,
 488, 490
 Vandeusen, K., 557, 567
 Varela, J., 491
 Vasquez, M., 75
 Vaughn, G., 139
 Verloop, J., 119
 Vermani, M., 164
 Verstrate, C., 203
 Vickerman, P., 496
 Victory, J., 318
 Vidal, 283
 Vilain, 68
 Villa, L., 485
 Vinardi, S., 129
 Viosca, S., 455
 Vistica, G., 572
 Volm, L., 359
 Vu, A., 210
 Vukudinovic, Z., 540

 Wade, J., 113
 Wagoner, J., 390
 Wahl, K., 573
 Waite, L., 396
 Wales, S., 421
 Walfish, S., 83, 84
 Walker, J., 559, 560
 Wallace, M., 144
 Wallis, 46
 Walsh, A., 191, 310
 Wang, B., 271, 471
 Ward, H., 442, 594
 Waskul, D., 219, 541
 Wasserman, T., 195
 Watt, P., 108
 Watts, D., 488
 Wauchope, M., 560
 Wawer, M., 499
 Waxman, J., 37, 145, 150
 Way, N., 93, 377
 Weber, A., 194
 Wegner, D., 412
 Wehrfritz, G., 8
 Weiler, R., 45, 46
 Weinberg, M., 202, 273,
 280, 281, 285, 531, 538
 Weiner, A., 83, 176, 598
 Weisel-Lev, R., 93
 Weiss, C., 433

 Wellings, 268
 Welner, S., 437
 Welsh, S., 571
 Werness, B., 113
 Wessells, H., 137
 West, D., 565
 Wheeler, M., 372, 498
 Whipple, B., 94, 155, 158,
 173, 174, 437
 White, 5, 152, 203,
 264, 409
 Whiteford, A., 143
 Whittaker, K., 244
 Wiederman, M., 34, 35,
 439, 442
 Wiegatz, I., 166
 Wiemann, C., 546
 Wiesenfeld, H., 496
 Wiesner-Hanks, M., 11, 12,
 13, 102, 241
 Wiest, W., 171
 Wildman, S., 24, 287
 Willetts, M., 397
 Willford, J., 353
 Williams, 83, 560, 564, 588
 Williams, A., 537
 Williams, C., 501
 Williams, D., 83
 Williams, K., 353, 380
 Williams, L., 500, 538
 Williams, Z., 325
 Wilson, 42, 58, 60, 268
 Wind, R., 337, 338, 341
 Wingert, P., 437
 Winters, S., 152
 Wise, N., 411
 Wisniewski, A., 58, 60
 Witt, S., 65, 76
 Witztum, E., 150
 Wiviott, G., 414
 Wohl, R., 130
 Wohlert, M., 62
 Wold, A., 358
 Wolf, 99
 Wolfe, 268
 Wolfsdorf, B., 567
 Wolfson, E., 408, 410
 Wolman, W., 165
 Women on Words and
 Images, 79
 Women's Health
 Initiative, 110
 Wong, C., 8
 Wong, W., 504, 594,
 Wood, G., 241, 268, 442

 Woodrum, D., 144
 Woods, M., 21
 Woodward, S., 541
 Woodward-Kreitz, M., 444
 Woodzicka, J., 572
 Woolf, L., 420
 Worcel, M., 164
 Worcester, S., 475
 Worden, B., 220
 Worden, M., 220
 Wordley, J., 143
 Workman, J., 552
 Worthman, C., 149
 Wright, K., 219, 484,
 502, 503
 Wyand, F., 112
 Wyatt, G., 5, 15, 21

 Xing, A., 399

 Yakin, K., 333
 Yakush, J., 316
 Yang, M., 364
 Yapko, M., 564
 Yarab, P., 241
 Yarian, D., 257
 Yates, A., 165
 Yela, C., 195
 Young, M., 419
 Yuan, 354

 Zambrana, R., 354
 Zapka, J., 353
 Zaviacic, M., 174
 Zea, 283
 Zeifman, D., 198
 Zeitlin, S., 144
 Zeki, S., 191
 Zelnick, M., 376
 Zepf, B., 144
 Zhou, J., 59, 71, 72
 Zhu, T., 493
 Zia, H., 402
 Zielinski, L., 341, 343
 Zilbergeld, B., 127,
 178, 590
 Zillmann, 549, 589
 Zinn, M., 79, 80
 Zion, A., 108
 Zlotnick, C., 567
 Zolnoun, D., 433
 Zoucha-Jensen, J., 555
 Zucker, K., 72, 267,
 268, 528

- A**
 Aborígenes australianos, 126, 361
 Aborto
 adolescencia y, 337
 anticonceptivos y, 318, 341-343, 360
 China y, 8
 D y E (dilatación y evacuación), 342
 dilatación y evacuación intacta, 343
 embarazo y, 340, 341, 341f
 EUA y, 339, 346
 grupos contra el, 346-347, 347t
 historia del, 343-345
 Ley de acceso a productos farmacéuticos sexuales, 2
 médico, 341-342, 341f
 métodos preventivos y, 318
 pro-decisión, grupos y, 346-347, 346t
 prostaglandina, 343, 345
 provida, grupos, 346, 347
 reacciones psicológicas sobre, 340
 sociedades occidentales y, 339, 339f
 tasa de mortalidad y, 344f
 término legal del, 17, 343-345, 344f
 Aborto de último término, 343
 Aborto espontáneo, 337-338t, 352
 Aborto médico, 341-342, 341f
 Abriéndose a la homosexualidad, 249-250, 260
 Abstinencia, 11, 237-238, 242, 353-354
 Academia y hostigamiento sexual, 574-576
 Acoso sexual, 571, 575
 Acton, William, 13
 Adán y Eva, transgresión de, 12
 Adolescencia
 aborto y, 337
 abstinencia y, 295, 318
 anticonceptivos y, 295, 384, 392
 cambios físicos y, 370-372, 392
 características sexuales secundarias y, 113, 370-372, 371f, 372t, 392
 coito y, 375-380, 376t, 377t, 378t, 392
 comportamiento sexual y, 364-369, 376t, 377t, 378t, 392
 condones y, 383-386, 392
 doble estándar sexual y, 373
 embarazo en adolescentes de EUA y, 383-386
 embarazo y, 383-386, 392
 enfermedades de transmisión sexual y, 383-386
 expresión sexual sin coito y, 374, 392
 gonadotropinas y pubertad, 370
 homosexualidad y, 380, 392
 masturbación y, 374, 392
 orientación sexual y, 260-267
 pubertad y, 370-371, 392
 VIH/sida y, 382, 386, 464, 466t, 471, 477, 486, 490, 493-523
 Adrenalectomía, 152
 Adrenogenital, síndrome, 63
Advocate, The (revista), 251t, 252, 257
 África
 “sexo seco”, práctica del, en, 155
 anticonceptivos y, 309
 besarse y, 156
 circuncisión y, 126
 descubrimiento sexual en mujeres y, 155
 doble estándar sexual y, 439
 excitación sexual femenina y, 155
 explotación de mujeres y niños en la prostitución y, 595-597
 extirpación de genitales femeninos y, 92, 93
 importancia del sexo y, 6f
 koro (síndrome de retracción genital o SRG) y, 139, 140
 labios colgantes y, 91
 matrimonio y, 330, 333, 338, 346-347
 orgasmos femeninos y, 155
 poligamia y, 400
 programas de intervención sobre VIH/sida con educadores de pares, 498
 relaciones sexuales extramaritales y, sexo oral y, 156
 sexo y, importancia del, 6f
 sida, origen del, y, 493
 Sudáfrica, 271t, 324, 408
 tracoma y, 469, 519
 VIH/sida y, 400, 493-498, 504, 507-508, 520
 Afroamericanos
 aborto y, 337
 cáncer de próstata y, 144
 cáncer mamario y, 118
 comportamiento sexual y, 4, 37, 39, 39t
 comunicación y, 210, 212
 cuidado prenatal y, 351
 descubrimiento de la homosexualidad y, 283
 ducha, práctica de, y, 99
 esclavitud y, 14, 15
 estadísticas de estimulación oral-genital y, 251-54
 experiencias sexuales de adolescentes y, 377, 377t
 matrimonio interracial y, 402
 menarquia, edad de, y, 371, 372t
 menopausia, síntomas de, y, 107, 108
 opciones de compañero y, 193, 193t
 orgasmos femeninos y, 155, 156
 reproducción y, 296
 roles de género, socialización y, 76, 85
 Afrodisíacos y excitación sexual, 163-64, 165t, 182
 AIS (síndrome de insensibilidad andrógena), 63
 Alcohol, consumo de, afrodisíacos y, 163-164, 165t
 ciclo de respuesta sexual y, 26, 28, 35, 36, 38, 461
 desarrollo fetal y, 352, 353, 360
 infertilidad y, 333, 360
 síndrome de alcohol fetal (FAS), 353-354, 360
 VIH/sida y, 501
 Alexander, Jason, 408
 AMA (Asociación Médica Americana), 46, 116
 Amamantamiento
 amenorrea y, 106, 121
 anticoncepción y, 294, 295, 297-298
 calostro y, 339
 niveles de oxitocina y, 154-155
 tabaquismo y, 352, 360
 ventajas y desventajas de, 358, 361
 VIH/sida, y leche materna, 499, 507, 521
 Amenorrea, 106, 120
 América. *Ver también* Estados Unidos (EUA), Canadá, 83, 271, 408, 562
 americanos nativos, 101, 102
 América del Sur, 6f, 249, 344, 596-597
 American Academy of Pediatrics (AAP), 140, 358
American Desi (película), 4
American Pay (película), 3
 Americana, Liga, de la Vida, 9
 Americanos, indios, 90, 91, 156, 402f, 407
 Americanos. *Ver* africanos, americanos blancos; americanos nativos; americanos, asiáticoamericanos; hispanoamericanos;
 Americanos blancos
 cáncer mamario y, 109, 110, 116, 118-121
 comunicación y, 184-189, 194, 199-201
 ducha y, 89, 99-111
 elección de pareja y, 193, 196, 196f
 estadísticas de estimulación oral-genital, 253t
 estadísticas de violación y, 550
 experiencia sexual en adolescentes, 384
 matrimonio interracial, 402, 422
 menarquia, edad de, 371-372
 orgasmos femeninos, 157, 168, 172
 reproducción y, 298, 294
 Amígdala y sistema límbico, 134, 135f
 Amigos con derechos en sus relaciones (FWBR), 200
 Amilo, nitrato de, y afrodisíacos, 165t
 Amistad, 200, 265, 277, 282-283
 Amnistía Internacional EUA, 270
 Amor,
 actitud defensiva y, 231, 233
 amor en compañía, 188, 190, 188f

- amor juguetón, 189, 232
 amor posesivo, 189-190, 232
 amor pragmático, 190, 232
 amor romántico, 186, 188f, 189, 191, 232
 amor, y estilo de amor apasionado, 186-187, 191, 233
 ansiedad, y comunicación, 212-214, 220-223
 atracción física y 187-188, 219, 232
 beligerancia, 232, 233
 celos en las relaciones y, 185, 189, 199t, 200, 202
 comportamiento sexual y relaciones de, 201, 219, 232
 compromiso y, 186-189, 200
 comunicación constructiva y, 230-231
 comunicación destructiva y, 231, 233
 comunicación no verbal y, 226-229, 233
 consideración incondicional positiva, y comunicación, 214-215, 233
 contacto visual y comunicación, 186, 213, 214, 232
 crítica y, 231, 233
 cualidades para seleccionar pareja, 231
 decir No y comunicación, 225-226, 233
 definición de, 186
 derecho de las mujeres a amar, 15
 desprecio y, 231-233
 diálogos volátiles y, 230-231, 233
 dificultades de comunicación y, 199, 208
 distancia interpersonal, y comunicación, 211, 228-229
 doble mensaje de, y comunicación, 209, 226-227, 232
 e intimidación sexual, 200, 206, 210, 212, 215-216
 efecto a la exposición, 192
 elección de pareja y, 193, 196, 233
 enamoramiento, 186, 191, 232
 encuentros sexuales informales, 33
 envejecimiento y, 395, 416, 418, 420
 Escala del amor, 186
 escuchar, y comunicación, 211, 214, 232
 estilo de amor altruista, 189-190, 232
 estilos de amor de Lee, 189-190, 232
 estilos de vínculos y, 197-198, 233
 expresar quejas, 220-224
 expresiones faciales y comunicación, 228-229, 233
 grupos étnicos y elección de pareja, 210, 211
 hablando sobre sexo, y comunicación, 208, 210-212, 232
 hombres, y comportamiento en las relaciones sexuales, 200-201, 232
 homofilia y, 193
 homosexualidad, y comportamiento en la relación sexual, 202, 232
 indiferencia y, 231
 información propia, y comunicación, 216, 233
 lectura sobre sexo, y comunicación, 187, 200, 212, 233
 lenguaje y, 191, 208-209, 211
 medida del, 186
 mujeres y comportamiento en relaciones sexuales, 203, 223, 233
 necesidades de pareja, y comunicación, 208-210, 213-216, 232
 preguntas, y comunicación, 190, 200-204, 232
 proximidad y enamoramiento, 186, 191, 232
 química del, 191
 reciprocidad y, 192, 194, 202, 232
 relaciones de amistad con derechos (FWBR), 179
 relaciones en Internet y, 217-219
 retroalimentación y comunicación, 213, 214, 218, 223, 233
 satisfacción en las relaciones y, 199, 201, 205, 206, 232
 similitud de parejas y, 189, 190, 232
 socialización, y comunicación, 208, 212, 232
 sonidos durante el sexo, y comunicación, 162, 181
 técnica de validación en comunicación, 230, 234
 técnicas de comunicación de nivelar y editar, 230, 232
 teoría del amor triangular, 187, 189, 232
 tipos de, 167, 231-232
 tocamiento, y comunicación, 200, 220, 233
 y comunicación, importancia de, 185-187, 194, 199
 y empatía mutua, 208, 232
 y placer personal, responsabilidades para, 218-219, 231, 233
 y preferencias sexuales, discusión de, 217, 233
 y sexo extramarital, impacto de, 413
 y solicitar sexo, 219, 226, 232
 y variedad sexual, 205-207, 232
 Ámpula y eyaculación, 135
 Anal. *Ver* ano
 Andrógenos, medicamentos bloqueadores de, 150
 Andrógenos, síndrome de insensibilidad andrógena (AIS), 63
 medicamentos antiandrógenos, 150
 definición de, 56, 149
 mujeres y, 149, 182
 formación de identidad de género y, 47
 hombres y, 150, 182
 testosterona y, 56, 149, 182
 Andróginos, individuos, y roles de género, 82-83 y 85
 Androstadienona, 161
 Anfetaminas y afrodisíacos, 164, 165t
 Animales comportamiento por infligir dolor y, 531
 cuernos como afrodisíacos, 163
 feromonas (olores sexuales) de, 181
 Ano. *Ver también* recto estimulación anal/linguoanal y coito, 248, 251-254
 hombres y, 132f
 mujeres y, 88f, 97f
 verrugas genitales, 464-465, 477, 483, 484, 485, 516
 VIH/sida, y riesgos durante el coito, 247, 254, 493, 496-500
 Anorexia nerviosa, 106
 Ansiedad, comunicación y, 212
 desempeño con ansiedad, 136, 139, 140, 440, 444, 449
 estilo de unión ansioso-ambivalente, 197, 199t, 212
 Anteflexionado, útero, 100
 Anticoncepción. *Ver* anticonceptivos
 abstinencia, 9, 11, 237-238, 294
 amamantamiento y, 323, 327
 coito interrumpido y, 293, 300, 303, 323
 collar de cuentas y, 319f
 de emergencia, 298, 303, 316, 317, 318, 326
 ducha y, 323
 esterilización transcervical, 303t, 321f, 327
 esterilización, 303t, 320-322, 321f, 322f, 324, 327
 investigación, y nuevos métodos de, 324, 327
 ligadura de trompas, 321, 327
 método de calendario, 318-320, 327
 método de moco cervical, 300t, 303t, 319
 método de moco y, 319, 327
 método de temperatura basal corporal y, 320, 327
 método de días estándar, 300t, 303t, 318-319, 327
 métodos de fertilidad y, 317-319, 327
 métodos menos efectivos de, 323, 327
 vasectomía y, 300t, 303t, 322-324, 327
 Anticonceptivos. *Ver también* condones; anticoncepción abortiva y, 295, 383, 390
 adolescencia y, 375, 385-386, 389
 anillo vaginal (NuvaRing), 306, 325
 anticonceptivos a base de hormonas, 304, 315, 324, 326
 anticonceptivos de emergencia (AE), 318, 326
 anticonceptivos en aerosol, 325
 anticonceptivos orales, 298, 302t, 304-306, 317, 326
 ciclo extendido, 304-305, 326
 condones femeninos, 311-312, 311f, 326
 creencias religiosas de farmacéuticos, y prescripciones para, 2
 dispositivos de barrera cervical, 300t, 303t, 307, 313-314, 326
 DIU (dispositivo intrauterino), 17, 315-325, 414-415
 efectividad de dispositivos y, 301, 305, 306t, 326
 elección de métodos de, 219, 326
 enfermedad pélvica inflamatoria (PID) y, 283, 302t, 303t, 317, 326
 esponja, 312f
 estacional y, 106
 excitación sexual y oral, 167
 grupos provista, 2, 296-298, 309, 318, 326-327, 345-346
 historia de, 294
 implantes, 306
 las 5 des, y anticonceptivos orales, 305t
 método de actividad sexual sin coito, 301, 303
 métodos de apoyo para, 339
 métodos de barrera, 300, 302t, 303, 307, 317, 326
 métodos responsables de, 299-301, 302t, 303t, 325
 Mirena, y DIU, 301-2t, 315, 326
 mundo en desarrollo, 297, 316
 parches transdérmicos (OrthoEvra), 306
 píldora masculina, 324-326
 píldora trifásica y, 304, 325
 Progestina, 305, 325
 rango de error en los dispositivos, 299, 300t, 326
 sexo vs procreación, y rol de, 23
 T de cobre (ParaGard), y DIU, 315-316, 326
 vasectomía, 322
 y espermaticidas vaginales, 300, 302, 307, 310, 312

- Antidepresivos y excitación sexual, 165, 166
- Antihipertensiva y excitación sexual, medicación, 166
- Antipsicótica y excitación sexual, medicación, 166
- Antirretroviral, Terapia Altamente Activa (HAART), 466, 503, 504, 509, 521
- Aquino, Tomás, 12
- Arabia Saudita, 399
- Areolas y busto femenino, 114
- Armstrong, Lance, 143
- ART (tecnología reproductiva asistida), 335, 336, 338
- Arte del éxtasis sexual, el* (Anand), 257
- Artificial, inseminación, 332, 334, 335
- Asalto sexual. *Ver* violación
- Asexualidad, 265
- Asfixia autoerótica, 532, 542
- Ashcroft, John, 587
- Asia. *Ver también* países específicos, imagen corporal y, 441, 442 descubrimiento de homosexualidad, 263, 277, 279, 280, 281 doble moral y, 439 relaciones sexuales extramaritales, 400, 403, 406, 407 extirpación de genitales femeninos, 92, 93, 108, 113 cuernos maduros de animales como afrodisíacos, 163 VIH/sida y, 471 besos y, 249 koro (síndrome de retracción genital, o GRS), 138 sexoturismo y, 591, 595, 596, 599 matrimonio y, 398-399, 401 sexo oral y, 156 estadísticas de violación, 550, 550f, 558 tracoma y, 469 variaciones en excitación sexual, 155, 156
- Asiáticoamericanos, comunicación y, 210-211 rol de género en la socialización y, 14,76 síntomas de menopausia y, 108 conducta sexual y, 2, 5
- Asociación Americana de Anestesiología, 140
- Asociación Americana de Cirujanos Plásticos y Reconstructivos, 137
- Asociación Americana de Psicología (APA), 18, 46, 428
- Asociación Americana de Urología, 137
- Asociación Médica Americana (AMA), 46, 116
- Atracción física, 184, 187, 188
- Australia, 126, 352, 359, 398, 407, 412, 417
- Autismo y niveles de oxitocina, 154-155
- Autoaceptación de la homosexualidad, 280, 290, 291
- Autoconcepto, y dificultades sexuales, 441
- Autoconciencia y enriquecimiento sexual, 447
- Autoconocimiento de la homosexualidad, 279
- Autoexaminarse autoexamen de mama, 115-117
- cérvix y, 90
- genitales femeninos y, 90
- Autoestimulación o autocomplacencia. *Ver* masturbación
- Autosomas, 54,
- Azitromicina, 457
- B
- “Brown Penny” (Yeats), 185
- Barbitúricos y afrodisíacos, 165*t*
- Batichica* (serie de cómics), 277
- Before You Hit the Pillow, Talk* (Foley y Nechas), 311
- Bennett, William, 408
- Berman and Berman* (programa de tv), 10, 13, 20
- Bertini, Adriana, 309
- Besar, comportamiento, 148, 237, 249
- Big Love* (programa de tv), 400
- Bill y Melinda Gates, Fundación, 331, 399
- Bisexualidad, 262-264
- Blastocitos y embarazo, 349
- Bochornos, y menopausia, 108
- Bombas de vacío y disfunción eréctil (ED), 461
- Book of Virtues* (Bennett), 408
- Brasil. *Ver también* América del Sur, 270, 271, 243, 443
- Bremelanotida y despertar sexual, 167
- Bris y ceremonia de circuncisión, 126
- Brokeback Mountain* (película), 264
- Brooklyn Museum of Art, 89
- Brujería, y tradiciones de sexualidad, 7, 10, 25
- Budismo, y variaciones en el despertar sexual, 155
- Burdeles. *Ver también* prostitución, 593-594, 598, 599
- Bush, George W., 409, 419, 587, 597
- C
- Call Off Your Old Tired Ethics (COVOTE), 598
- Calostro y amamantamiento, 358
- Calvin Klein jeans, promocionales, 21
- Calvin, John, 12
- Camboya, y VIH/sida, 471, 510
- Can You Be a Porn Star?* (programa de tv), 591
- Cáncer. *Ver también* cáncer de mama, anticonceptivos a base de hormonas, 304
- cáncer cervical, 112, 113, 519
- cáncer de pene, 131, 140-143
- cáncer de próstata, 144, 145
- cáncer testicular, 129, 131, 143
- dificultades sexuales y, 428, 429, 435, 456
- testosterona y, 435, 457, 461
- VIH/sida y, 464, 466, 493, 494
- Cáncer de mama afroamericanas y, 118
- autoexploración, 115
- blancas norteamericanas y, 118
- cirugía reconstructiva y, 119
- efecto genético y, 87
- factores de riesgo, 118
- lumpectomías y, 118, 121
- mamografía y, 116, 121
- mastectomía, 116, 118-120
- riesgos y beneficios, 109
- rangos de sobrevivencia, 116*t*
- terapia de reemplazo hormonal (HRT), 97-98, 108
- tratamientos, 116, 119
- tumores malignos, 110
- Cándida Royale company, 581
- Candidiasis (infección por hongos), 466*t*, 489-490
- 501, 520
- Cantárida y afrodisíacos, 164, 165*t*
- Características sexuales secundarias, y adolescencia, 113, 369-371, 371*f*
- Carey, Mariah, 403
- Carga viral y VIH, 499, 504, 505, 506, 521
- Caribe, islas del y VIH/sida, 494*f*, 496, 504
- casti (autoentrevista asistida por computadora), 44-45
- Castidad, 4, 25, 237-238, 258
- Castración, 126, 150
- Castro, Fidel, 270
- cdc (Centros de control y prevención de enfermedades), 467, 502
- Ceguera, 437-438, 460, 465, 467, 469, 473, 476, 519
- Celibato, 11, 25, 237-238, 258
- Celos en la relación, 202-203
- Censura vs libertad de expresión, 582, 584-588, 599
- Cerebro corteza cerebral, 54*t*, 58*f*
- cerebro, 54*t*, 58
- cuerpo calloso, 54, 58-60
- dopamina y efectos en el despertar sexual, 158-159, 181
- hemisferios, 58
- hemisferios cerebrales, 54*t*, 57, 58*f*
- función de lateralización, 54*t*, 58-59
- hormonas neuropéptidas, 150, 181
- neurotransmisores, efectos en el despertar sexual, 158, 181
- niveles de oxitocina y, 150, 154-155, 158, 181
- diferenciación sexual de, 54*t*, 55-56, 58*f*
- excitación sexual y, 73, 74, 155-158, 181
- estimulación de zonas del cerebro para el despertar sexual, 157-158, 181
- serotonina, y efectos en el despertar sexual, 158-159, 181
- Cervical. *Ver* cérvix
- Cérvix anatomía del, 97*f*, 98
- anticonceptivos, y dispositivos de barrera cervical, 307, 313-314, 326
- autoexamen y, 87, 90
- cáncer cervical, 87, 112
- cervicitis, 519
- estructuras reproductivas internas, 120
- exploración de, 100
- método anticonceptivo y moco cervical, 300*t*, 305, 307, 325-316, 319, 326
- orificio externo y, 97*f*
- secreciones y, 98, 120
- Cesárea, parto por, y nacimiento, 357
- Cesárea, y nacimiento, 317, 320
- Chancro y sífilis, 420
- Chicago, Judy, 79
- China. *Ver también* Asia
- aborto y, 8
- besos y, 223
- imagen corporal y, 392
- infanticidio y, 295
- matrimonio y, 353, 374
- sexualidad y 7-8, 19, 23
- sida y, 416-417
- sociedades matriarcales y, 355-356
- VIH/sida y, 416-417, 438
- Cho, Margaret, 4
- Cialis, y disfunción eréctil (ED), 164
- Cigoto, y blastocisto, 349-350
- Cigotos, transferencia intrafalopiana de (ZIFT), 335
- Cilios y espermia, 118
- Circuncisión, y corte de genitales femeninos, 82-83
- Circuncisión masculina, cáncer de pene, 128, 131
- coito pene-vaginal y, 126
- definición de, 125, 126*f*
- higiene y, 125, 126
- infecciones del tracto urinario y, 131
- prácticas culturales y creencias 112-213
- prepucio y, 112, 124*f*, 125, 126*f*
- problemas de salud y, 126

- satisfacción sexual y, 126-127, 131
sexualidad y, 126-127
superincisión y, 112-113
trauma/dolores de infantes y, 126
valor de, 126, 131
vii, infección y, 126, 131, 441, 442
- Cirugía**
alteraciones en la anatomía sexual de niños con, 66-67
cáncer de mama y reconstructiva, 119-120
cerebro, alteración quirúrgica y excitación sexual, 181
cosmética, 91, 114
disfunción eréctil y vascular y, 455-456
ovarios y, 113, 121
vasectomía, 132
y útero, remoción de, 113, 121
- Cirugía cosmética, 114-115, 137
Cistitis, 489, 520
Clamidia conjuntivitis, 415
Clamidia salpingitis, 415
Clamidia, infecciones de, 410, 411*t*, 413, 415, 457
Cleland, John, 517
Climaterio, y menopausia, 96
Clinton, Bill, 362
Clinton, Hillary, 284
Clinton-Lewinsky escándalo, 9, 19
Clismafilia, 533
Clitoridectomía, 92
Clítoris
anatomía de, 81, 82*f*, 86*f*, 108
corte de genitales femeninos, 82, 83
cubierta del clítoris (prepucio), 78*f*, 80
cuerpos cavernosos y, 81, 111, 112*f*
dispositivo para terapia erótica del clítoris, 398, 398*f*
erección y, 120
esmegma y, 91
estimulación durante el coito, 81-83, 108
glándula y, 81
masturbación y, 81, 398, 398*f*
propósito de, 81-82, 108
sensibilidad en las mujeres adultas, 157, 163
- Cocaína, 147*t*, 442
Coerción sexual, 486, 508. *Ver también* Violación; abuso sexual de niños; acoso sexual
Coercitivas, parafilias, 469-475, 478. *Ver también* parafilias
Cohabitación, 131-152, 351*f*, 360*f*, 374
Coito interrumpido, y anticoncepción, 295, 300*t*, 303*t*, 323, 327
Coito, y posiciones, 229-231, 229*f*, 230*f*, 232, 310, 406
- Coito, sexual. *Ver también* rrs (infecciones de transmisión sexual) adolescencia y, 373, 376, 376*t*, 377-380, 392
coito pene-vaginal, 141, 146
coito, y posiciones para, 251, 255, 258, 349, 453
concepción/concibiendo niños, y tiempo, 331, 360
cunilingus y, 251
desorden orgásmico femenino, 437
dispareunia, y doloroso, 432-433, 460
durante el embarazo, 256, 257*f*
estimulación anolingual/anal y coito, 12, 254, 258, 465*t*, 466*t*, 472, 475, 519
estimulación de clítoris durante, 91, 94-95, 98, 120
himen y, 106, 120
intromisión y, 254
menstruación y, 104
mujeres controladoras o receptoras, durante, 82
sexo por placer *vs* procreación, 9, 10, 15, 17, 25
sexo seco, 155, 497
sexo tántrico y, 257-258
tamaño de pene y, 136-138
vagina, y estimulación durante, 105
- Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, 318
Colombia, y homosexualidad, 242
Collar de cuentas, y anticoncepción, 319*f*
Comediantes y sexualidad, 4
Comisión de obscenidad y pornografía, 585-586
Cómo gira el mundo (programa de televisión), 278
Como la naturaleza lo hizo: El niño que creció como niña (Colapinto), 67
Compañeros
abortos y responsabilidad compartida de, 340
comunicación y, 204-205, 233, 357, 359, 340
dificultades sexuales y, 428-430, 444,
elección de, amor de, 187-190, 193, 196, 196*f*, 221
excitación sexual, y comunicación entre, 155-157
experiencia con mujeres, 239, 459
grupos étnicos, 173-174
rrs prevención y, 511-518
rrs y, 465-491
matrimonio con el mismo sexo, y beneficios, 408
matrimonio y conocimiento sobre, 359
sin cohabitar y, 174*t*
sociedad de convivencia, 396
terapia sexual y, 446, 461
- vaginosis bacteriana, y rol de los, 520
y consejería de parejas, 461
y peticiones sexuales, 218-224
Compañeros/paternidad
concepción/concibiendo niños y, 311
educación sexual y, 386
efectos del placer por contacto de hijos con padres, 365, 367
homosexualidad y asumirse, 263
masturbación y reacciones de, 367
roles de género y socialización, 74-76
Compañía, estilo de amor de, 187, 189
Comportamiento sexual en relaciones ocasionales, 200
Comportamiento juguetón y adolescencia, 374
Compromiso, y amor, 169, 209
Computadoras e internet. *Ver* internet
Comunicación
a la defensiva, 204, 211, 222, 224, 231
abuso sexual de niños y, 560
actividad sexual y, 155, 181
agravio sexual, 224
ansiedad sobre el amor y, 186-187
ansiedad y, 212
beligerancia y, 231, 234
cara a cara (FTR), interacciones y, 214, 219
caricias y, 229
con transexuales, 70, 84
con transgéneros, 70, 84
constructiva, 208, 220-222, 230-231
contacto visual y, 213-214, 233
críticas y, 212, 220-224, 231
dar permiso, 216, 218, 233
descubriéndote a ti mismo y, 217
desprecio y, 220, 231
destruccion, 218-219, 231-232
diálogos volátiles y, 230, 234
dificultades en, 208, 212
dificultades sexuales y, 208, 428-431
distancia interpersonal y, 211, 229, 332
droga para violar a la novia (violación por conocidos) y, 486-487, 488
e historias, compartiendo sexo, 212-213, 219, 233
escuchando y, 204, 213-214, 233
estilos de acuerdo con el género, 202, 211, 219
excitación sexual, 155-160
expresiones faciales y, 214, 227-229, 234
grupos étnicos y, 210-211
- hablando de sexo y, 208, 210, 212-213, 216, 233
importancia del amor en las relaciones, 205
indiferencia y, 197, 198, 230, 231, 234
rrs y, 465-491
lenguaje y, 208
leyendo acerca de sexo y, 206, 213, 233
mensajes mixtos y, 209, 226-227
nivelación y edición, 230
no verbal, 210-211, 227-229, 231, 234
parejas y, 208
preguntas y, 215-216, 220, 223, 225, 234
recompensa incondicional positiva y, 213, 215, 233
relaciones a través de computadora (CMR) y, 219
retroalimentación y, 213-214, 218, 223, 233
socialización y, 202, 208, 212
sonidos durante el sexo y, 229, 234
técnicas de validación, 230, 234
terapia sexual y, 447-448
vii/sida y, 498, 510-511
y ansiedad sexual, 212
y diciendo "No", 225, 233-234
y preferencias sexuales, discusión de, 217, 233
Comstock, Anthony, 294
Concepción. *Ver también* aborto, métodos y alternativas para la fertilidad, 334-335
aborto espontáneo y, 337
esterilidad y, 332-334
estructuras de reproducción internas y, 56, 56*t*
fertilización *in vitro* (ivf) en, 335, 360
inseminación artificial y, 332-335
inseminación intrauterina y, 334, 353
its y tracto reproductor en mujeres, 518
madres sustitutas y, 335, 360
nacimientos múltiples de ART y, 335
paternidad y, 330
pgd (diagnóstico de preimplantación genética) y, 332
selección de sexo del bebé en las culturas y, 331
signos de embarazo, 336
tecnología de reproducción asistida (ART) y, 334-336
transferencia de cigoto intrafalopiano (zift) y, 335
útero retroflexionado y, 100
y coito, 333, 334, 349, 359
y vasectomía, 123
- Condomes
adolescencia y, 382, 386, 392
condones femeninos, 310, 311

- irts prevención y, 308, 309, 310, 500-501
 métodos anticonceptivos de barrera y, 307, 309, 313, 314, 317, 318, 326
 VIH/sida y, 308, 309, 464, 468 y embarazos, disminución en adolescentes, 385-387
 Conducta sadomasoquista (sm), 529-532, 542
 Conducta sexual
 frecuencia de la actividad sexual y, 429, 460
 Conductos de Wolff, 56f, 56
 Confucianismo, y preferencias de género, 331
 Congo, y violación durante la guerra, 556
 Conjuntivitis, clamidia, 469
 Connors, David, 408
 Conocimiento y actitudes sexuales, 441
 Consejería de parejas, 461
 Consensuadas, relaciones sexuales extramaritales, 407-411
 Convención de los Derechos del Niño, 597
 Coprofilia, comportamiento, 533
 Corea del Sur, 331, 595, 597, 598. *Ver también* Asia
 Corona del pene, 127, 127f
 Corteza cerebral, 48t, 52, 52t
 Cosmopolitan (revista), 22
 Costumbres, 101
 Cowper, Glándulas de (bulbouretrales), 133, 146
 COYOTE (Call Of Your Old Tired Ethics), 598
 CP (parálisis cerebral), y dificultades sexuales, 438, 461
 Cremastérico, músculo, 128, 128f
 Cremastérico, reflejo, 129
 Crímenes de odio, y homofobia, 270, 270f, 274-276
 Criptorquidia, 129
 Cristianismo. *Ver* religiones
 anticonceptivos y, 264, 290
 celibato y, 11, 213
 Coalición de Valores Tradicionales, 33
 extirpación de genitales femeninos, 92
 homosexualidad y, 243-244, 253, 260
 Iglesia mormona, 355
 investigación sexual y, 37
 reforma protestante y tradiciones de la sexualidad, 12, 25
 sexo pecaminoso y, 11
 tradiciones de sexualidad y, 5, 10, 12, 23
 tradiciones en la sexualidad, 5, 10-12, 25
 Cromosoma X, 55, 55f, 62
 Cromosoma Y, 55, 55f, 62
 Crooks, R., 498
 Crura, y anatomía humana, 125f
 Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995), 93
 Cuba, homosexualidad, 270
 Cuerpo calloso, 54t, 58-60
 Cuerpo cavernoso, 91, 124, 125f
 Cuerpo lúteo, 104
 Cuestionarios
 autoadministrados, 45
 Cuestionarios por medio de un entrevistador (IAQ), 44
 Cuestionarios, y entrevistas, 34
 Cuerpos cavernosos (córpora cavernosa), 91, 124, 125f
 Cultura hotentote, y labios de péndulo, 91
 Culturas. *Ver también* grupos étnicos; culturas específicas
 culturas colectivas, y matrimonio, 398-400
 culturas individualistas, y matrimonio, 398
 dificultades sexuales y, 441
 extirpación de genitales femeninos, 92-93
 orientación sexual y, 274, 277, 279-281, 283-288
 relaciones sexuales extramaritales, 406, 409
 roles de género y, 4, 10, 48, 331
 terapia sexual y, 449
 variaciones en la excitación sexual y, 155
 VIH/sida y, 496-498
 cummings, e. e., 248
 Cunnilingus, 251
 D
 D y E (dilatación y evacuación), 342
 Decisión de abortar, 338-347, 341f, 342f
 Deep Throat (película), 584
 Defensa del matrimonio, Ley para, 409
 Deliverance (película), 459
 Department of Health and Human Services, U.S., 36
 Depo-Provera, 307, 326
 Depresión, y excitación sexual, 165-166
 Derechos. *Ver* temas legales
 Desarrollo fetal
 consumo de alcohol y, 333, 334, 337t, 340, 352, 353
 blastocistos y, 349
 drogas, ilegales y, 352, 353
 mujeres fetalmente androgenizadas, 63
 temas de salud y, 351-355
 VIH/sida y, 351, 493, 494
 placenta y, 336, 342, 343, 351, 352, 356
 riesgos al, 313-315
 sexo cromosómico y, 54, 55, 61, 62, 332
 tabaquismo y, 334, 352, 353
 trimestres y, 349-351
 vérnix caseosa y, 351
 Desarrollo, mundo en, 284, 296-298. *Ver también* África; países específicos
 Deseo, fase, ciclo de respuesta sexual, 167, 167f, 175-176, 181-82
 Deseo sexual
 deseo sexual hipoactivo (HSD), 428-429, 457, 460, 461
 dificultades sexuales y, 428-430
 Desperate Housewives (programa de televisión), 587
 DHT (dihidrotestosterona), 64
 Disfunción eréctil, terapia y comportamiento, 453, 454
 definición de, 430
 dificultades sexuales y, 428, 430, 434, 444
 dispositivos mecánicos y, 455
 inyecciones vasoactivas y, 461
 prótesis de pene y, 455
 temas de salud y cuidados, 21
 terapia sexual y, 453-455
 tratamientos, 21, 453-456 y cirugía, vascular, 456, 461
 Diabetes, y dificultades sexuales, 461
 Diafragma, 313, 313f, 326
 Diagnóstico de preimplantación genética, 332
 Diamond, Milton, 68, 69
 Dick-Read, Grantly, 355, 360
 Dieta, 107, 111, 117, 163
 Diferenciación erótico sexual, 526
 Dificultades, sexuales. *Ver* sexuales, dificultades; disfunción eréctil (ED)
 accidentes cerebrovasculares y, 436, 460
 cáncer y, 436, 460
 ceguera y, 438, 460
 ciclismo y, 434f
 comunicación y, 446, 461
 cultura y, 439-440
 definición de, 428, 460
 deseo/fase del deseo y, 428-429
 diabetes y, 436, 460
 dificultades emocionales, 444, 461
 dificultades médicas y, 436, 460
 discapacidades y, 437-439, 460
 disfunción de la excitación sexual femenina, 429, 460
 disfunción orgásmica femenina, 430-431, 450-452, 450f, 451f, 460
 disfunción sexual combinada de la excitación subjetiva y genital, 429
 disfunciones y, 428
 dispareunia, 432-433, 460
 doble estándar sexual y, 439-440
 drogas y, 435, 435t
 enfermedades crónicas y, 435-439, 460
 esclerosis múltiple (ms) y, 436, 460
 excitación y, 428
 factores individuales y, 441-443
 fase de excitación durante el ciclo de respuesta sexual, 429
 frecuencia de la actividad sexual, 429
 homosexualidad y, relaciones heterosexuales, 446, 461
 imagen corporal y, 441-443, 461
 masturbación y, tipos de, 447
 medicación y sus efectos en las, 436-437, 460-461
 parálisis cerebral (CP) y, 438, 460
 roles de género y, 461
 salud y, 426, 426t, 435-439, 444, 460
 sordera y, 438, 460
 tratamientos médicos y, 457
 Dihidrotestosterona (DHT), 57, 64
 Dilatación y evacuación (D y E), 342, 343
 Dilatación y evacuación inactiva, 343
 Dildos, y masturbación, 220-221
 Dinamarca, 362, 585, 599. *Ver también* sociedades occidentales
 Dinner Party (Judy Chicago), 89
 DINS (doble ingreso, no sexo), 406
 Discapacidades, y dificultades sexuales, 437-442, 460
 Dismenorrea, 106
 Dispareunia, y coito doloroso, 432-433, 460
 Dispositivo de terapia clitorídea Eros, 450, 450f
 Divorcio, 414-416, 422
 Doble estándar, sexual, 75, 76, 373-374, 391-392, 417
 Dole, Bob, 22
 Domésticas, sociedades, 396
 Donjuanismo, 539
 Dopamina, y efectos en excitación sexual, 157, 181
 Duchas, 99, 323, 327
 Douglas, Michael, 418
 Doxiciclina, 465, 470, 473, 474, 477
 DRE (examen rectal digital), 144
 Dress Up Against Aids exhibit, 309
 Drogas, ilegales. *Ver también* drogas específicas
 afrodisíacos y, 163-165, 181
 desarrollo fetal y, 353, 360
 dificultades sexuales y, 434
 excitación sexual y, 157, 163, 165, 165t
 infertilidad y 334, 360
 opiáceos, 157, 163
 VIH/sida y, 500-502, 520 y violación, citas, 552, 553
 Drogas inyectadas, uso de, y VIH, 466, 486, 495, 499, 501, 502, 509, 512
 Drogas, legales. *Ver* medicamentos
 Drogas recreativas. *Ver* drogas específicas
 DSM-IV-TR (Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Desórdenes Mentales), 428

- dvds, clasificación X, 537
- E
- El beso* (Rodin), 249
- Emociones, 73, 93-94, 392, 407.
Ver también comunicación
- Empatía mutua, 186-187, 209
- Empleadores/empleados, y acoso sexual, 569, 571-573
- Empower America, 408
- Encuestas por Internet, 45
- Endometriosis, 99, 106
- Endometrio, capa interior del útero, 97f, 100, 109, 350f
- Enfermedad cardíaca, y, testosterona, 407
- Enfermedades. *Ver temas* de salud
- Ensler, Eve, 99, 442
- Ensuring Access to Contraceptives Act, 297
- Entrevista, y estudios, 30, 31, 34, 35
- Epidídimo, 128f, 130f, 131, 131f, 132, 469, 474
- Epididimitis, infección, 469
- Episiotomía, y nacimiento, 316, 320
- Erección, anatomía del pene, 124, 125, 127
en hombres mayores, 150, 164, 165t, 430, 430f
fase de resolución, y pérdida de, 167, 168f, 170t
infantes y, 134
Peyronie, enfermedad de, 432
- Erógenas, zonas, 159, 160
- Erótica. *Ver también* excitación sexual y, 141
comportamiento de asfixia autoerótica, 532
diferenciación erótico sexual y, 463
erotismo visual, 160
fantasías, 149, 151, 152, 157, 169
niveles de oxitocina y, 150, 154
relaciones por Internet, 217, 219
sueños eróticos, 136, 238, y sensibilidad, erótica, 131, 137
- Escabiosis o sarna, 466t, 492, 520
VIH/sida y, 498, 509-510, 521
VIH/sida, programas de intervención y, 498
vis (virus de inmunodeficiencia simiesca), 493, 510
- Esclavitud negra, 14, 15
- Esclerosis múltiple, y dificultades sexuales, 436, 460
- Escroto, 131-132f, 146
- Escuchando, y comunicación, 204, 213-214
- Escuchar y excitación sexual, 150, 160
- Escuela. *Ver* educación
- Esperma
anormal, 334
cromosoma X, y, 54, 55t, cilios y, 132
- epidídimo y, 128f, 130f, 131, 131f, 132, 469
bajo conteo de, 334
vista microscópica de, 133
producción de, 129, 130
vesícula seminal y 132, 132t, 133, 135
cambios de temperatura y producción de, 128, 129
conductos deferentes y, 128t, 131
- Espermaticidas, vaginales, 278-279, 290, 291
- Espojas, y anticonceptivos, 278
- Estados Unidos. *Ver también* afroamericanos; asiáticos; hispanoamericanos; norteamericanos nativos; sociedades occidentales, blancos americanos
aborto y, 337, 339, 340, 341f
abuso sexual de niños y, 545, 550
adolescencia y, 372t, 375, 376
Agency for International Development, U.S. (USAID), 297
agrandamiento del pene y, 137
amamantamiento y, 358-359
Attorney General's Commission on Pornography, 516, 529
campos de prostitución, 590-595
castración y, 126
Census Bureau, 33
Commission on Obscenity and Pornography, 585, 599
Department of Health and Human Services, 36, 298, 309
divorcio y, 395, 398
educación sexual escolar para adolescentes, 384, 386, 389-390
enmiendas constitucionales, 16, 408, 584
Ensuring Access to Contraceptives Act of 2000, 297
estadísticas de herpes oral y, 519
estadísticas de infertilidad, 332-334
estadísticas de inseminación intrauterina, 334
estilo de vida de soltero, 395, 416
Federal Communications Commission (FCC), 587
Food and Drug Administration (FDA), 307
Holocaust Memorial Museum, 290
homosexualidad y, 263, 265-268, 270
Ley para la Defensa del Matrimonio, 409
madres sustitutas y, 335
matrimonio interracial, 402, 422
matrimonio y, 395, 398
- matrimonios del mismo sexo, 406-410
menarquia y, edad de, 371, 372t
militares y, 288-289, 595
National Institute of Allergy and Infectious Diseases, 379
National Institute of Health, 309
Navy Taihook, escándalo, 570
poblaciones multirraciales en, 4
pornificación de la cultura y, 586, 590-591
Preventive Services Task Force, U.S. (USPSTF), 144
prostitución y, 590-593
roles de género, estereotipos y, 53, 74-79
sexo para procreación y, 8
sexualidad, y diversidad en, 3, 4, 14, 17, 20, 24
tasas de mortalidad materno-infantil, 352
Trafficking Victims Protection Act of 2000, 597
tráfico de mujeres y niños para prostitución, 595, 597
violación y, 545-546, 546t, 547-548
y anticonceptivos, historia de, 294-295
y doble estándar sexual, 439
y embarazos, adolescencia, 375, 379, 383-384
y orgasmos, femeninos, 157, 168, 173-174
y sexo, importancia de, 6f
Estafilococos dorado, 107
Estatua de la Libertad (*Spirit of Justice*), 587
Estatus socioeconómico, y estadísticas de violación, 550, 572
Estereotipos, y roles de género, 67-71, 75, 245-248, 260
Esterilización, métodos de, y anticoncepción, 286-288, 291
Estilos de amor de Lee, 189
Estimulación. *Ver* excitación sexual
- Estratetraenol (EST), 161
- Estría terminal, lecho del núcleo, de la, (BST), 59
- Estrógeno de equino conjugado (CEE), 109
- Estrógenos. *Ver también* Terapia de hormona de reemplazo (HRT)
definición de, 56
deseo sexual y, 151, 152
estradiol y, 56
formación de identidad de género y, 52, 53t, 54t, 60
hombres y, 153, 154
lubricación vaginal y, 151
mujeres y, 149, 151, 152
riesgos de cáncer de mama y, 118, 119t,
- terapia de estrógenos (ET), 151, 152,
- Estrógeno-testosterona, terapia, 152
- Estudiantes adolescentes y acoso sexual, 574-575,
- Estudiantes y acoso sexual, 574-575. *Ver también* educación, escuela
- Estudios, 30, 31-35, 42
- Ética
control o modificación del comportamiento en sexología y, 29, 30
COYOTE (Call Off Your Old Tired Ethics), 598
investigación sexual y, 30, 31, 34
tecnología de reproducción asistida (ART), 335, 336, 360
terapia sexual, relaciones no éticas, 499-514
- Etiopía, y extirpación de genitales, 92-93
- Europa, 6f, 243, 243t, 526.
Ver también sociedades occidentales; países específicos
- Europea, descendencia, americanos de. *Ver* blancos americanos
- Eva, y tradiciones de sexualidad, 7, 11, 12, 25
- Examen digital rectal (DRE), 144
- Exhibicionismo, 526, 533-538
- Exodus International, 273
- Expresión sexual sin coito, y adolescencia, 374
- Expresiones faciales, y comunicación, 214, 227-229
- Eyacuación
ámpula y, 131
anatomía de, 124, 125, 135f
bulbo uretral y, 135, 135f
conducto eyaculatorio, 132, 132f, 146
esfínteres uretrales y, 135-136
eyacuación precoz (EP), 182, 428, 431, 447-449
eyacuación retrógrada, 136
fase de emisión, 135, 135f
fase de expulsión, 135
orgasmos y, 134, 136, 145
pre-pubertad, 130-134
próstata y, 126, 132, 132f, 133, 135
sabor del semen, 162
semen (fluido seminal) y, 124, 133-135f
serotonina y, 158, 159
técnicas para retardar, 452
tratamiento médico para retardar la, 452, 453
y hombres mayores, 151, 165t, 176
- Eyacuación retrógrada, 122, 131
- Eyaculatorios, conductos, 132, 133, 135

- F
- Factores ambientales, y riesgo de cáncer mamario, 118, 119*t*
 - Faloplastia, 123
 - Falwell, Jerry, 17
 - Fanny Hill* (Cleland), 517
 - Fantasías eróticas, 149, 151, 152, 157, 169
 - Farley, Melissa, 594
 - Farmacéuticos y anticonceptivos, 2
 - Fase de excitación, ciclo de respuesta sexual, envejecimiento y, 175, 176, 177*t*
 - dificultades sexuales y, 429
 - ciclo de respuesta sexual y, 175, 176, 177*t*, 181
 - Fase de resolución, ciclo de respuesta sexual, envejecimiento y, 176, 177, 177*t*,
 - ciclo de respuesta sexual y, 175-77, 181
 - Federal Communications Commission (fcc), 518, 519
 - Felación, 252
 - Felicity* (programa de tv), 20
 - Female Chauvinist Pigs: Women and the Rise of Raunch Culture* (Levy), 591
 - FemCap, y dispositivos de barrera cervical, 300, 303, 313, 314
 - Feminidad/feminismo, 62, 82
 - Feniletilamina, y amor, 191
 - Ferguson, Mike, 37
 - Feromonas y excitación sexual, 161, 162
 - Fetichismo, 527-529
 - Fibroadenomas, 117
 - Fibroquística, enfermedad, 117
 - Fimbrias y trompas de Falopio, 97
 - Fimosis, condición del prepucio, 141
 - Físico, atractivo, 156, 192, 193, 195, 442-443
 - Flores, y vulva como, 89
 - Folículos, hormona estimulante de los (FSH), 104
 - Food and Drug Administration (FDA), 307, 318, 326
 - For yourself: the fulfillment of female sexuality* (Barbach), 117
 - Ford, Betty, 118
 - Frenillo, 126, 126*f*
 - Freud, Sigmund, 15, 172, 242
 - Friedrich, William, 366
 - Frotismo, 533, 537
 - “Fulla” (muñeca), 7
 - Fumar cigarrillos
 - amamantamiento y, 358, 359
 - desarrollo fetal, 349, 351
 - excitación y, 149-153, 428, 436
 - infertilidad y, 332, 333, 334
 - Fundación para el cáncer de mama, 119
 - Fundación para la investigación y el tratamiento del olfato y el gusto (Smell and Taste Treatment and Research Foundation), 162
- G
- G, punto (Grafenberg), 173
 - Gays,
 - adolescencia y, 380-381
 - amor, y relaciones en la conducta sexual, 206
 - comportamiento sexual y envejecimiento en homosexuales, 416, 418
 - definición de, 261
 - estadísticas de comportamiento sexual y, 250
 - Gay and Lesbian Alliance Against Defamation (GLAAD), 278
 - Gay, Lesbian, and Straight Education Network, 265
 - gays descendientes de africanos, 283
 - LGBT (lesbianas, bisexuales, gays, y transgéneros), 22
 - Marcha anual por el Orgullo Gay y Heterosexual juvenil (Gay/Straight Youth Pride March), 381
 - matrimonio de parejas del mismo sexo, 408, 409
 - movimiento de los derechos gays, 270, 271, 274*t*, 275
 - pornografía y, 580, 581, 582
 - relaciones y, 264, 270, 284
 - terapia de afirmación gay, 273
 - y actitudes sociales, 269-270, 272
 - y comunidad gay involucrada, 283
 - Gen DSS (gen de femineidad), 57
 - Género
 - definición de, 232
 - diferencias en la respuesta del ciclo sexual, 176, 182
 - disforia, 70, 72
 - inconformidad, 267, 268, 291
 - preferencias en culturas, 331
 - sexo contra, 52, 53, 84
 - transgenderismo, 25, 70, 72, 84
 - variedad sexual y, 206
 - y comunicación, estilos basados en la, 211-212, 232
 - Género, identidad de, 53, 70, 71, 84.
 - Ver también* formación de la identidad de género
 - Género, identidad de,
 - AIS (síndrome de insensibilidad a los andrógenos), 63
 - andrógenos y, 56
 - aprendizaje social y, 65-67
 - área preóptica (POA) del hipotálamo y, 59
 - autosomas y, 54-55
 - componentes
 - progestacionales y, 56
 - conductos de Müller y, 56*f*
 - conductos de Wolff y, 56
 - cuerpo calloso, 54*t*, 59, 60
 - desórdenes que afectan los procesos hormonales prenatales, 62-63
 - diferenciación en los procesos biológicos prenatales típicos y, 53-56
 - diferenciación prenatal atípica y, 60-64, 61*t*, 84
 - diferenciación sexual del cerebro y, 54*t*, 58-59
 - estrógenos y, 54*t*, 56-57
 - estructuras de reproducción interna y, 54*t*, 55, 56, 58*f*, 60, 61
 - gen DSS (gen de femineidad), 57
 - genitales y, 54, 57, 57*t*, 60-66
 - gónadas y, 54*t*, 55-58, 61
 - hemisferios cerebrales y, 58, 58*t*, 59-60
 - hipotálamo y, 54*t*, 58, 59
 - identidad de género y, 53, 54*t*, 60, 65
 - individuos intersexuales, 60, 66-69
 - lateralización de la función del cerebro y, 54*t*, 59
 - lecho del núcleo de la estría terminal (BST), 51
 - modelo de interacción y, 69
 - mujeres androgenizadas en el periodo fetal, 63
 - ovarios y, 54*t*, 55*t*
 - óvulo y, 54, 55, 52
 - proceso de meiosis biológica y, 54
 - procesos de reasignación sexual y, 71, 73-74
 - sexo cromosómico y, 53, 54*t*, 55
 - sexo gonadal y, 54*t*, 55, 61*t*
 - sexo hormonal y, 54*t*, 56,
 - síndrome adrenogenital de la formación de la, 65-68
 - sustancia inhibidora de los conductos de Müller (MIS) y, 56
 - tubérculo genital y, 57
 - Género, roles de,
 - “envidia del pene” y, 17
 - creencias religiosas y, 5, 10-12, 25, 79-80
 - culturas y roles de género, 4, 8, 14, 24, 48, 49, 331
 - de los individuos andróginos y su trascendencia, 82, 85
 - definición de, 8, 84
 - dificultades sexuales, e igualdad de, 439, 449, 461
 - el siglo xx y, 15, 18, 25
 - esclavitud, e imposición de sexualidad, 14-15
 - estereotipos y, 75, 81, 84, 275
 - EUA y, 4, 16, 75-81, 84
 - grupos de pares y, 78, 84
 - grupos étnicos y, 75, 76, 84
 - hombres y, 8, 10, 75, 77, 78, 80, 82, 84
 - identidad de género, y relaciones con, 53, 84
 - igualdad y, 17,
 - libros de texto y, 79, 84
 - movimiento sufragista y, 15
 - mujeres y, 75, 77, 78, 80-82, 84
 - padres y su influencia en la formación de, 76, 78, 84
 - preferencias de género en culturas y, 331
 - Primera y Segunda guerras mundiales, 16
 - revolución sexual y, 16
 - sexualidad y, 5, 9-12, 14, 80-81, 84
 - socialización y, 75, 76, 84
 - tradiciones de sexualidad en la Edad Media y, 11-12, 215
 - tradiciones sexuales en la era victoriana y, 13, 14, 25
 - y educación, escuela, 78, 79,
 - Genes
 - gen DSS (gen de femineidad), 50
 - orientación sexual y, 262, 263
 - PGD (diagnóstico en la preimplantación genética), 332, 333, 335
 - tecnologías de reproducción asistida (ART) y, 335
 - Genitales
 - autoexamen masculino y, 131
 - autoexploración femenina y, 90
 - desarrollo de los genitales femeninos externos, 54, 55, 57*t*
 - formación de la identidad de género y, 53, 54*t*, 60, 65
 - herpes genital y, 478-479
 - herpes y, 465, 477-481
 - inspección de los genitales de la pareja, 516
 - koro (síndrome de retracción genital), 138, 139
 - mutilación de genitales femeninos, 92-93
 - orgasmos, y estimulación manual de genitales, 248-251
 - ITS prevención y, 500, 501, 508-511, 513
 - temas de salud, masculinos y, 141-145
 - y pliegues, genitales, 57
 - y tubérculo genital, 57
 - y tuberculosis genital, 126
 - y úlceras genitales, 497, 508
 - y verrugas genitales, 464-465, 477, 483-485, 516
 - Ginecología y salud ginecológica, 90, 111
 - Girls Gone Wild* (video), 591
 - GLAAD (Gay and Lesbian Alliance Against Defamation), 278
 - Glande, y anatomía humana, 124, 125*f*, 126, 132
 - Glándulas. *Ver* glándulas específicas
 - Glándulas de Bartholin, 92, 95, 97*f*
 - Glándulas bulbouretrales (glándulas de Cowper),
 - Glándulas mamarias, 113, 114

- Glándulas suprarrenales, hormonas de esteroide y, 149
- Globo de Oro*, premio, 587
- Gónadas
- descripción de, 54*t*, 55-58, 61
 - gonadotropinas, y pubertad, 370
 - sexo gonadal, 54*t*, 55, 61*t*
- Gonadotropina humana
- coriónica, y embarazo, 299
- Gonorrea ("el clap"), 465, 469-473
- Gonzales, Alberto, 587
- Good Vibrations: The New Complete Guide to Vibrators* (Blank), 245
- Gottman, John, 245
- Grafenberg, punto (punto G), 98, 99, 173, 174
- Graham, Sylvester, 242
- Gran Bretaña. *Ver* Reino Unido
- Gran depresión, y roles de género, 15
- Griswold v. Connecticut*, 295
- Grupo sexual, publicidad, 21, 22
- Grupos étnicos. *Ver también* culturas; etnias específicas
- actitudes sexuales y, 31, 32, 35, 36
 - cáncer de próstata y, 126, 143
 - comportamiento sexual y, 30-34
 - comunicación y, 210, 211
 - estimulación oral-genital y, 248, 250-251
 - experiencias sexuales en la adolescencia y, 369, 373
 - investigación sexual y, 30, 31*t*, 32
 - masturbación y, 238-242
 - parejas y, 193, 211
 - población multirracial, en EUA, 4
 - rol de género, socialización y, 75, 76
 - VIH/sida y, 464, 466*t* y menarquía, edad a, 371, 372*t*
- GRS (síndrome de retracción genital, o koro), 138-139
- Guerra Mundial Primera, y roles de género, 14-16, 25
- Guerra Mundial Segunda, y roles de género, 17, 25
- Guión sexual, 551-552
- Guisewite, Cathy, 65
- Gusto, y excitación, 145, 162, 238-240
- H
- HAART (terapia antirretroviral altamente activa), 504, 505-506
- Haití, y orígenes del sida, 493
- Hall, Bob, 409
- Hanks, Tom, 278
- hCG (gonadotropina coriónica humana), y embarazo, 336
- Hemisferios cerebrales, 48*t*, 51, 52*f*
- Hepatitis, viral, 466*t*, 486, 487, 501, 513
- Hermafroditas, 60-61, 61*t*
- Heroína, 158, 166
- Herpes
- complicaciones de, 479, 481
 - estadísticas de incidencia y, 478
 - herpes genital, 465*t*, 478-483, 508, 519
 - herpes ocular, 481
 - herpes oral, 480-482
 - métodos preventivos contra la propagación de, 478
 - periodos asintomáticos y, 479
 - recurrencia de, 480
 - síntomas de, 479
 - síntomas prodromáticos y, 480
 - síntomas, 465*t*
 - supresión de brotes recurrentes de, 482
 - transmisión de, 465*t*, 478
 - tratamientos contra, 465*t*, 482
 - verrugas genitales y, 464, 465*t*, 483, 484*f*, 485
 - vhs (herpes simple) y, 477-479
 - tipo 1, 480
 - tipo 2, 479
- Herpes oral, 480
- Heterosexualidad
- comunicación entre parejas, 208
 - estadísticas de comportamiento sexual femenino y, 250
 - homofobia, impacto en, 270, 274-276
 - homosexualidad, y dificultades sexuales en, 446
 - orgasmo fingido y, 432, 432*t*
 - pornografía y, 581-582
 - transmisión de VIH/sida y, 495
 - VIH/sida y, 495
- Higiene, 141-142
- Hill, Anita, 20
- Himen, 94, 95
- Himen sin perforar, 106
- Himenoplastia, 94
- Hinduismo, 102, 155-156
- Hipocampo y sistema límbico, 157, 157*f*, 158
- Hipogonadismo, y envejecimiento, 150, 151
- Hipotálamo,
- anatomía de, 54, 58*f*, 59
 - área preóptica (POA), 59
 - área preóptica media (MPOA), 158
 - excitación sexual, 158
 - formación de la identidad de género y, 53, 54
 - hormonas neuropéptidas y, 150
 - niveles de oxitocina y, 154, 155
- Hispanoamericanos, experiencias sexuales en adolescencia, 377-378
- comportamiento sexual y, 4, 37, 39, 39*t*
- comunicación y, 210, 211
- cuidado prenatal y, 351
- descubrimiento de homosexualidad y, 282, 283
- elección de pareja y, 193, 196, 196*f*
- estadísticas de estimulación oral-genital, 253*t*
- machismo y, 75
- marianismo y, 75
- reproducción y, 296
- rol de género, socialización y, 75, 76
- violación y, 550
- y menarquía, edad de, 371, 372*t*
- y orgasmos, femenino, 155-156
- Histerectomía, 110, 113
- Hombres. *Ver también* envejecimiento; circuncisión; condones; eyaculación; erección de pene; partes de la anatomía masculina
- abertura uretral y, 132*f*
 - amor y comportamiento en las relaciones sexuales, 201, 219, 232
 - anatomía sexual externa, 124-130
 - anatomía sexual interna, 124
 - andrógenos y, 149, 150
 - ano y, 132*f*
 - anticonceptivos, y píldora masculina, 322-325
 - autoexamen y, 131
 - celos, 189, 199, 202, 203
 - ciclo de respuesta sexual y, 154, 166, 170
 - clamidia, infecciones y, 408, 465-468
 - como hipersexual, 80
 - como incitadores durante el sexo, 82
 - como iniciadores, 81
 - Cowper, glándulas (bulbouretrales), 132*f*, 133
 - cualidades para seleccionar pareja y, 231
 - desarrollo de características sexuales secundarias, 369, 370
 - desórdenes orgásmicos y, 431, 435
 - diferenciación herotosexual, 526
 - diferenciación prenatal atípica y, 60, 61*t*
 - diferenciación prenatal típica y, 60
 - dopamina y efectos en la excitación sexual, 158, 159
 - ejercicios de Kegel y, 127
 - elección de pareja y, 193, 196
 - estadísticas de estimulación oral genital, 253*t*
 - esterilización, 303, 320, 322
 - estimulación anolingual/anal y, 254-266
- estimulación manual de genitales, 251
- fantasías y, 238
- feromonas (olor sexual) y, 161
- fuertes y poco emotivos, 82
- genitales externos, desarrollo prenatal de, 57, 57*f*, 58
- gonorrea y, 408, 465, 469-473
- hormonas sexuales y, 150, 151
- hormonas sexuales, y comportamiento en, 150
- imagen corporal y, 436-437, 441-442
- infertilidad y, 334
- masculinidad/hombría, 83
- masturbación y, 169, 238, 241
- niveles de oxitocina y, 154, 155
- no circuncidados, 140-143
- órganos sexuales, femenino/masculino, homólogos, 58
- orgasmos múltiples y, 175
- orgasmos y, 128, 134, 136, 172, 175
- parafilias y, 525-527
- periodo de refracción, 168, 174, 178
- pubertad y, 370, 371*f*, 372, 379
- roles de género y, 14, 53, 65-66, 74-75
- serotonina y efectos en la excitación sexual, 158-159
- sexoturismo y, 591-592, 595
- sida y, 464, 466*t*
- temas de salud y, 141-145
- terapia de remplazo de testosterona (TRT), 153
- testosterona, deficiencia y, 149, 152
- UNG infección y, 463, 465, 469, 472
- uretra, 132
- variedad sexual, 187, 209
- vasectomía y, 132
- VIH/sida, 464, violación y, 545-548
- vista, y excitación sexual, 160
- y doble moral, 75
- y embarazos, experiencia durante el, 347-348
- y prostitutas, hombres, 593-594
- Hombres que tienen sexo con hombres, y transmisión de VIH/sida, 503-504
- Homofilia y amor, 139
- Homofobia, 270, 274-276
- Homosexualidad. *Ver* gays; lesbianas; orientación sexual
- aceptación de, 280-291
 - aceptación y, 268, 270, 277
 - actitudes judeocristianas y, 10, 15
 - adolescencia, 380, 381
 - amistad y, 277, 282, 284
 - amor, y comportamiento en relaciones sexuales, 200

- autoreconocimiento, 279
 chicos, promedio de edad de la primera atracción sexual, 375*t*
 comportamiento sexual y envejecimiento, 418
 creencias religiosas y, 272-273
 cristianismo y, 272, 274
 definición de, 262
 descubrimiento y, 283
 dificultades sexuales en la amistad heterosexual y, 397
 doble estándar sexual, 439
 enfermedad mental y, 17, 272
 estadísticas, 261-262
 estilo de vida y, 278
 EUA y, 262, 270-271
 fetichismo en travestis y, 528
 genes y, 266, 269
 imagen corporal y, 442
 los medios masivos, 18, 278
 msm y transmisión de sida, 437, 459
 pornografía y, 548
 problema legal y, 271, 274
 saliendo a la, 263
 sida, y alto riesgo en el comportamiento, 503-505
 técnica de placereado, 448
 terapia de afirmación gay y, 273
 terapia de conversión y, 273
 terapia de reorientación sexual y, 273
 tolerancia hacia, 20, 24
 vida en familia y, 285
 violencia hacia, 18
 y comunidad gay, 283
 y matrimonio, mismo sexo, 408-410
 y padres, descubrimiento a, 281
 y violación, mismo sexo, 581
 Hongos, infección (candidiasis), 489-490
 Hormonas. *Ver* hormonas sexuales; hormonas específicas
 Hormonas neuropéptidas, 150
Hospital General (programa de tv), 249
How to make love like a porn star, 591
 HPV (virus de papiloma humano), 465, 483
 HSDD (desorden de deseo sexual hipoactivo), 445, 457
 HSV (virus de herpes simple), 477
 HT (terapia de hormonas), para síntomas de menopausia, 109
Human Sexual Inadequacy (Masters y Johnson), 17
Human Sexual Response (Masters y Johnson), 17
Hustler (revista), 586
I
 Iglesia católica. *Ver también* cristianismo
 aborto y, 344
 actitudes y comportamientos hacia la sexualidad, 4, 5
 anticonceptivos y, 299, 300*t*-317
 brujería, y tradiciones de sexualidad, 5
 masturbación y, 241-242
 Iglesia mormona, 400
 Imagen corporal y dificultades sexuales, 441-443
In and out (película), 278
 Incesto, abuso sexual en niños, 561-563
 India. *Ver también* Asia
 besar y, 156
 estadísticas de relaciones sexuales extramaritales, 403, 406-407, 411
 infanticidio y, 331
 madres sustitutas y, 335
 matrimonio y, 349
 menstruación y, 101
 Individuos intersexuados, y formación de identidad de género, 62, 63
 Infanticidio, 331
 Infantes, y comportamiento sexual, 364-365. *Ver también* amamantamiento; infancia
 Infecciones, y VIH/sida, 467, 477, 493
 Infecciones, ectoparasítica, 492
 Infertilidad
 clamidia salpingitis, 455-456, 467
 concepción y, 331, 333-337
 consumo de alcohol y, 333-334
 drogas ilegales y, 352, 353
 EUA, estadísticas, 333
 hombres y, 340-341
 mujeres y, 347-349
 ovulación y, 333-334 358
 sexualidad y, 348
 tabaquismo y, 334, 352
 trompas de Falopio y, 334, 335, 342*t*
 varicocele y, 334
 Inglaterra, 123, 298. *Ver también* Sociedades occidentales
 Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, 158-159
 Inseminación intrauterina, 334
 Institute for the Advanced Study of Human Sexuality, 591
 Inteligencia, sexual, 2
 Interculturales, perspectivas. *Ver* culturas
 Internet
 y adicción sexual, 539
 cibernudistas, 23
 investigación del sexo y, 45, 46
 abuso sexual de niños y, 526, 534
 citas amorosas, 23, 395-396
 relación sexual extramarital, 400, 406
 fantasías y, 238
 comunidad LGBT, 22
 amor, y relaciones en, 185-186
 prostitución y, 594
 estilo de vida de soltero y, 402, 416, 420
 erotismo, y relaciones por, 206-207, 217
 sexualidad y, 10-14, 24
 sexo por, 22, 23
 Interpersonal, distancia, y comunicación, 192, 211
 Interracial, matrimonio, 356-357, 374
 Intersex Society of North America (ISNA), 69
 Intersticiales, células (células de Leydig), 130
 Intimidad sexual, 211-212, 215
 Intra Vas Device, y anticonceptivos, 324
 Intracitoplásmica, inyección de esperma, 334
 Intrauterino dispositivo, 17, 315
 Introito vaginal, 88, 94, 111
 Intromisión, y coito, 257
In vitro, fertilización (IVF), 335, 360
 Irán y la homosexualidad, 270
 Islam
 circuncisión y, 125
 extirpación de genitales femeninos, 92, 108
 muñeca Fulla y, 7
 homosexualidad y, 263, 265-268, 270
 matrimonio y, 398
 menstruación y, 101
 y sexo, importancia de, 7
 terapia sexual y, 446, 461
 sexualidad y, 7
 Israel, y homosexualidad, 270
 ITS (enfermedades sexualmente transmitidas). *Ver* herpes, VIH; enfermedades específicas
 candidiasis, 466*t*, 488-490, 501, 520
 cervicitis, 519
 chancroide, 466*t*
 China y, 470-471
 comunicación y, 468, 468*t*, 469, 473, 519
 condones y, 478, 483-484, 495, 497-499, 502, 508, 510-516
 edad y, ocurrencias de, 464, 465, 495
 infecciones bacterianas y, 467, 484
 vaginosis bacteriana, 466*t*, 467, 488-89, 520
J
 Jacobellis vs Ohio, 585
 Japón, 245. *Ver* Asia
 Jefferson, Thomas, 272
 Jennings, Kevin, 289
 Jerarquía de interacciones sexuales, Maltz, 247
 Jimmy Kimmel Live, 275
 Johns Hopkins University, Hospital, 66
 Johnson, Earvin (*Magic*), 506
 Johnson, Lyndon, 585
 Johnson, Virginia, 41
 Jolie, Angelina, 285
 Juan Pablo II, 242
 Judaísmo
 circuncisión y, 126
 homosexualidad y, 380, 392
 menstruación/ciclo menstrual y, 101
 terapia sexual y, 446, 461
 tradiciones de sexualidad y, 13, 14, 25
 Judaísmo ortodoxo. *Ver* judaísmo
 Judeocristianas, tradiciones, 5, 10, 272
 Juegos sexuales, 23, 448
 Juguetes, 9, 156
 Juguetes sexuales, 244-245
Jumbo Jezebel (película), 586
 Juventud. *Ver* adolescencia
K
 Kama Sutra, 249
 Kaplan, tercera etapa del modelo de respuesta sexual de, 167
 Kegel, ejercicios de, 127
 Kellogg, John Harvey, 242
 Kenya, 498. *Ver también* África
 Kinsey, Alfred
 en abuso sexual de niños, 545, 550
 en juegos sexuales, 368, 369
 en orgasmos múltiples, 175, 179
 en sexualidad infantil, 364
 temas éticos en investigación sexual y, 45
 un continuo de orientaciones sexuales y, 262
 Kinsey, Instituto, 426
 Klinefelter, síndrome, 61
 Kolata, Gina, 38
 Koro (síndrome de retracción genital, o GRS), 138, 139
 Kosovo, y violación en la guerra, 556
 Kutcher, Ashton, 418
L
 La Ilustración, periodo, 13
 Labioplastia, 91
 Labios mayores, 88-90, 104
 Labios menores, 88, 91
 Labor de parto, segunda etapa y nacimiento, 316, 316*f*, 317*f*, 320
 Lamaze, Fernand, 355
 Langerhans, células, 499
 Latinoamérica, 6*f*, 343. *Ver* países específicos
 Latinos. *Ver* hispanoamericanos
 Laumann, Edward, 38
 L-Dopa, y afrodisíacos, 164
 Lea, escudo de, y dispositivos de barrera cervical, 313, 314
 Lee, estilos de amor de, 189, 190
 Legales, temas. *Ver también* drogas legales; temas políticos; violación
 aborto, 338-340
 abuso sexual de niños, 545, 550
 censura de programas de tv, 587, 588

- comportamiento sexual y, 6, 17
derechos de las mujeres a amar, 15
Eisenstadt v. Baird, 295
enmiendas a la Constitución, 16, 408, 584
Ensuring Access to Contraceptives, Act of 2006, 297
Griswold v. Connecticut, 295
rrs y, 466
Ley de Acceso a Productos Farmacéuticos Legales, 2
Ley para la Defensa del Matrimonio, 409
leyes Comstock, 294
matrimonio interracial y, 402, 422
matrimonio y, 395, 398
orientación sexual y, 274, 277-281
pornografía, y censura *vs* libertad de expresión, 587, 588
prostitución y, 497, 501
Reno vs American Civil Liberties Union, 587
Roe vs Wade, 344-346
Roth vs United States, 585
sexualidad y, 9-13, 14
tecnología de reproducción asistida (ART), 335, 338
Trafficking Victims Protection Act of 2000, 597
uso de anticonceptivos, 16
Lenguaje, 190. *Ver* comunicación
Lesbianas. *Ver también*
homosexualidad
adolescencia y, 380-381
amistad y, 261
amor, y comportamiento en las relaciones sexuales, 201, 203
comportamiento sexual, y envejecimiento
homosexual, 416, 420
comunidad LGBT, 22
definición de, 261
estadísticas de
comportamiento sexual, 250*t*
lesiones de la médula espinal, sci, y dificultades sexuales, 460-461
mamografías y, 116
palabras peyorativas para, 261
teoría "por omisión" y, 265
terapia de afirmación gay y, 273
tribadismo y, 250
y matrimonio, mismo sexo, 400, 406, 409
Leucorrea, e infecciones vaginales, 487
Levitra, 164
Lewinsky-Clinton, escándalo, 9, 20
Leydig, células de, 130
LH (hormona luteinizante), 104
Liberating masturbation (Dodson), 242
Libros de texto, roles de género, socialización y, 78
Life in the Fat Lane (revista), 586
Límbico, sistema, 140, 141*f*, 162.
Ver también hipotálamo
Linfocitos CD-4,
Love and Will (May), 190
Lovelace (tv), 20
LSD, 150
Lugar de trabajo, y acoso sexual, 571-573
Lumpectomía, y cáncer de mama, 118, 121
Lutero Martin, 12
Llamadas telefónicas obscenas, 535-536, 542

M
Machismo sexual, 75
Madonna (cantante), 263
Madonna/virgen María, y tradiciones de sexualidad, 12-14, 25
Madres. *Ver también* mujeres
madres sustitutas, 335, 360
transmisión de madre a hijo de VIH, 449, 507, 514
Male Sexuality (Zilbergeld), 127
Maltz, Wendy, 445
Maltz, jerarquía de las interacciones sexuales, 247-248, 247*f*, 258
Mama femenina. *Ver también*
cáncer de mama;
amamantamiento
anatomía de, 113-115, 114*f*, 121
areolas y, 114
autoexploración de mama, 115-117, 121
desarrollo y características sexuales secundarias, 101, 113-114, 369-371, 371*f*
fibroadenomas, 117
forma de, 114-115
glándulas mamarias, 113-114, 113*f*
implantes, 114-115, 119
pezones y, 114, 114*f*
quistes y, 117-118, 121
tamaño de, 114-115
tumores malignos y, 117-118
Mamografías, 116, 121
Mangaia, islas, 126
Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Desórdenes Mentales (DSM-IV-TR), 428, 540, 550
Marihuana, 165*t*, 501
Marquesana, cultura y relaciones extramaritales, 407
Marquesas, islas, 126
Masculinidad/hombría, 52-53, 65, 83-85
Masoquismo sexual, 529-532, 542
Mastectomía, 116, 118-119, 120
Masters, William, 40-41
Masters y Johnson, cuarta fase del ciclo de respuesta sexual, 166-171, 174-176, 178, 182
Masturbación
"cibernudistas", 23
adolescencia y, 373-374, 388, 392
castración y, 126
celibato y, 237
clitoris y, 81
como perversión, 15
comportamiento sexual y, 241-246, 243*t*, 258
creencias religiosas y, 241-242
dificultades sexuales, y estilos de, 447-448
dildos y, 245-246
excitación sexual y, 245-246
grupos étnicos y, 244-245
hombres y, 161, 245
infancia y, 367-370, 391
lesiones del pene por, 142
mujeres y, 245-246, 448-449
orgasmos múltiples y, 179-180, 182
perspectivas históricas en, 23
temas de salud y, 15, 17
terapia sexual y, 447-449
y desorden orgásmico, mujer, 431 448-449, 460
y padres, reacciones de, 367-368
Matriarcales, sociedades, 401
Matrimonio abierto, 410-411
Mattachine Society, 286
Mayo, clínica, 366
McCormack, Katharine Dexter, 294
McIlvenna, Ted, 591
MCTC-Mother-to-child transmission HIV (transmisión madre a hijo de VIH), 449, 507, 514
Media Project, The, 20
Medicación. *Ver* medicamentos
específicos
Medicamentos inhibidores, 504, 521
Medicamentos no prescritos, y terapia sexual, 461
Medio oriente, circuncisión y, 125-126
extirpación de genitales femeninos, 92-93
homosexualidad y, 7, 271-272, 271*t*
matrimonio y, 272, 398-400
menstruación y, 102
muñeca Fulla, 7
poligamia, 7
sexualidad, 6, 7, 25
terapia sexual y, 449-450
y doble estándar sexual, 439
y sexo, importancia de, 6*f*, 7
Medios masivos, 18, 587.
Ver programas de tv;
revistas específicas
contenido sexual de los medios, 20
homosexualidad y, 18, 286, 277-278, 290
imagen corporal y, 441-442
imágenes de prostitución, 590
imágenes de violación, 548-549, 576
Internet y sexualidad, 22-24, 26
publicidad y sexualidad, 21
radio, 21, 26, 587-588, 599
revistas, y sexualidad, 21-22
sexualidad y, 16, 18-24, 26
televisión y, 19-20, 26, 587-588, 591, 599
videos musicales, 21, 26
Medroxiprogesterona, acetato de, 150
Meese Comisión (Commission Meese), 585
Meiosis, proceso biológico, 54
Melanotan II, 167
Menarquia, 101, 103 371-372, 372*t*
Menopausia
amenorrea y, 106, 121
bochornos y, 108, 109*t*, 121
climaterio y, 107-108
definición de, 107, 121
perimenopausia y, 107
rango de edad para, 103, 107-108
síntomas, 108-110, 109*t*, 121
terapia de estrógenos y testosterona, 109, 109*t*, 151-152
terapia de estrógenos y, 108-109, 109*t*
terapia hormonal para síntomas, 109-110, 109*t*, 121
Menstruación. *Ver también*
menopausia
abstinencia durante, 101-102, 121
actitudes acerca, 101-102
actitudes sociales y, 101-102, 105, 120
amenorrea y, 106
anticonceptivos orales y, efectos de, 302*t*, 304-305, 305*t*, 326
autoayuda para dificultades y, 106
cambios de ánimo y, 105
capuchón cervical, 105
ciclo menstrual, 93, 105
comportamiento sexual y, 104-105, 120
cuerpo lúteo o cuerpo amarillo, 104
cuestionario del gozo menstrual, 105
cuestionario del malestar menstrual, 105
definición de, 101
diafragmas y, 94
dieta y, 106-107
dismenorrea y, 106, 120
edad de inicio de, 103
edad de término de, 103, 121
endometriosis y, 99, 106
fisiología de, 103-104, 103*f*
hormona estimulante de los folículos, 104
hormona luteinizante y, 104
judaísmo y, 101-102
menarquia, 103, 371-372, 372*t*
mujeres nativas americanas y, 102

- ovarios y, 104
 prostaglandinas y, 106
 rituales y, 102
 sincronía menstrual, 104
 síndrome de choque tóxico, 107, 121
 síndrome premenstrual, 104, 105, 120
 sistema de retroalimentación negativa, 104
 tampones y, 99, 107
 trastorno disfórico premenstrual, 105, 120
- Menstruación, cuestionario de gozo, 105
- Mental, enfermedad, y homosexualidad, 18, 272-273
- Mero efecto a la exposición (amor), 192
- Mestizaje, 402
- Método de ritmo o de calendario, y anticoncepción, 303*t*, 303*t*, 318-320, 327
- Método sin coito, y anticonceptivos, 299, 300*t*, 301, 302*t*
- Métodos de fertilidad, 303*t*, 317-320, 327. *Ver también* concepción/concibiendo niños; infertilidad
- Métodos experimentales de investigación sexual, 41-42, 48
- Métodos de investigación. *Ver* métodos de investigación no experimentales; investigación sexual; sexología, estudios; tecnologías en investigación sexual
- Métodos de investigación no experimentales, 30-41, 31*t*, 48
- Michael, Robert, 38
- Michaels, Stuart, 38
- Militares, política y sexo, EUA, 288-290, 595-596
- Mimos y la adolescencia, 374
- Miógrafo, 44, 48
- Miometrio, capa del útero, 100
- Miotonía y respuesta sexual, 169, 170*t*, 176, 182
- Mirena, y *div*, 300*t*, 302*t*, 315*f*, 315, 326
- Mitos, 90, 266
- Moco, método, y anticoncepción, 300*t*, 303*t*, 305, 318-320, 327
- Money, John, 58-61
- Monogamia, 395, 411
- Monte de Venus, 88*f*, 89-91, 120
- Monsoon wedding* (película), 4
- “Monstruo de los ojos verdes”, y celos en relaciones, 202-204,
- Moore, Demi, 348, 418
- Morfina, 158
- Mosher, Celia, 13
- Mosuo, sociedad, 401
- Mucosa, 97-98
- Muestras y estudios, 33-35 29-30
- Mujeres. *Ver también* envejecimiento; cáncer de seno; amamantamiento; nacimiento; niños/infancia; concepción/concibiendo niños; menopausia; menstruación; embarazo; partes específicas de la anatomía femenina
- amor, y comportamiento sexual, 201, 203
- anatomía sexual de, 88-97
- andrógenos y, 149, 182
- ano y, 88*f*, 97*f*
- areolas y, 114
- autoexploración de cérvix y, 112
- autoexploración de senos (BSE), 88, 115
- brujería y sexualidad, 12
- celos en la relación y, 202-203
- ciclos de respuesta sexual y, 170
- condones para, 300-302
- controlador/receptor, 82
- cualidades para seleccionar compañero, 195, 205
- derechos del amor, 15
- desarrollo prenatal de los genitales externos, 57, 57*f*, 62
- desorden en la excitación sexual y, 429
- desorden orgásmico y, 430-431
- diferenciación prenatal atípica y, 60-64, 61*t*, 84
- diferenciación típica prenatal, 60
- dispareunia y, 433
- duchas y, 99, 100
- ejercicios de Kegel y, 96
- elección de pareja y, 193, 211
- envidia de pene y, 17
- erotismo visual, 143, 162
- estadísticas de estimulación oral-genital, 253
- esterilización, 286, 291
- estimulación anolingual/anal y, 248, 251-254
- excitación sexual y, 155-160, 167
- extirpación de genitales, mujeres, 92
- fantasías eróticas y, 155, 215-216
- femineidad/feminismo, 52-55
- feromonas y, 161-162
- gen *dss* (gen de femineidad), 50
- gonorrea y, 470-472, 472*t*, 473
- hormonas sexuales y, 101, 104
- imagen corporal y, 441, 442
- inexperiencia, con orgasmos, 431
- infecciones por clamidia y, 465, 467-468
- infertilidad y, 332
- madres sustitutas, 335
- masturbación y, 238-242
- menarquía y, 71, 371-372, 372*t*
- menstruación y. *Ver* menstruación
- mujeres androgenizadas fetalmente, 63
- niveles de oxitocina y, 153, 154
- órganos sexuales, mujer/hombre, 58
- orgasmos de clítoris, 32, 40-42
- orgasmos nocturnos y, 173
- pezones y, 114
- prostitución y, 590-593
- pubertad y, 89, 101, 106, 367, 370
- punto G y, 98
- roles de género y, 66, 70, 74, 75
- salud ginecológica y, 90, 99,
- sexoturismo y, 591, 595-596, 599
- sexualidad y, 15-17, 373
- sida y, 477, 493
- sida y, 494, 520
- terapia de reemplazamiento de testosterona, 151-152
- testosterona y, 435, 457, 461
- tráfico para prostitución, 595, 597
- transmisión madre a hijo durante el embarazo, 499, 507
- ung infección y, 465-466
- uréter y, 88-90
- violación y, 545-546*t*, 547-548
- viudez y, 421
- y coito, 126
- y doble estándar, sexual, 75, 373
- y genital, autoexamen, 90
- y pareja, experiencia con orgasmos, 442, 451
- y variedad sexual, 205-206
- Multirraciales, poblaciones en EUA, 4
- Müller, conductos de, 56
- Müller, sustancia inhibidora, 56
- Mundugumor, cultura, 66
- Murray, Patty, 318
- Museo del sexo, 2
- Música, videos y sexualidad, 20-21
- My best friends wedding* (película), 278
- My big fat greek wedding* (película), 4
- MySpace.com, 22
- N
- Nacimiento. *Ver también* embarazo, parto y, cesárea, 356-357
- clases de preparación al nacimiento, 355
- comportamiento sexual después, 359
- episiotomía y, 359
- etapas de, 355, 356
- herpes genital y, 465, 479
- infanticidio y, 331
- infecciones por clamidia y, 465-467
- loquios descarga después de, 359
- periodo después del parto, 357
- placenta y, 351-353
- vih/sida* y, 466*t*, 471, 477, 486, 490, 493-494
- Narcicismo, 550
- Nasal, aerosol, y excitación sexual, 164, 167
- National Cancer Institute, 116
- National Center for Missing and Exploited Children, 582
- National Geographic*, 91
- National Health and Social Life Survey (NHSLs), en abuso sexual, 444, 445
- en dificultades sexuales, 444
- en investigación sexual, 36-38
- en publicidad, 21
- en relaciones sexuales extramaritales, 406
- estudios, 30, 31
- orgasmo, experiencia en, 406
- salud sexual y, 426, 460
- National Institute of Allergy and Infectious Diseases, 309
- National Institutes of Justice (NIJ), 546
- National Opinion Research Center, 36
- Nativos norteamericanos, 102, 155, 156, 402, 422
- Nazismo, 286, 290
- Necrofilia, 539
- Negros. *Ver* Afroamericanos
- Neumonía, y *vih/sida*, 469, 494, 503
- Neurotransmisores, y excitación sexual, 158, 191
- Never scared* (programa de tv), 409
- Nicotina. *Ver* tabaquismo
- Ninfomanía, 539
- Niños. *Ver* infancia. *Ver también* concepción
- afecto adulto, y efectos del placentero contacto con los padres, 324, 347
- alteraciones quirúrgicas en la anatomía sexual de niños, 59
- comportamiento sexual y, 324-325, 325*t*, 347
- Convención de los Derechos del Niño, 527
- interés en los cambios corporales, 327, 347
- juegos sexuales y, 327-328, 347
- llamar a chicas/chicos, y prostitución, 523-524
- masturbación y, 326-327, 347
- separación de sexos y, 327, 347
- tráfico para prostitución y, 525-527, 529
- vínculos con los adultos, 177-178, 209
- y matrimonios, niños, 354

- y pornografía, niños, 514, 529
- “No”, decir, 225, 233-234
- Nocturnas, emisiones, 136
- Nocturnos, orgasmos, 136
- Norteamérica. *Ver* Canadá; EUA
- NuvaRing (anillo vaginal), y anticonceptivos, 274, 290
- O
- Obscenas, llamadas telefónicas, 533
- Obscenidad, 533
- Ocular, herpes, 481
- O'Donnell, Rosie, 284
- Ojos
- comunicación y contacto visual, 192, 209
 - temas de salud, 467, 470
- REM (rápido movimiento ocular estando dormido) durante erecciones, 134
- Olor y excitación, 149, 151-152
- On Life and Sex* (Ellis), 15
- On Our Back* (revista), 582
- O'Neill, George, 410
- O'Neill, Nena, 410
- Ooferectomía, 113, 121
- Open marriage (O'Neill y O'Neill), 410
- Opiáceas, drogas, y excitación sexual, 164-165
- Oprah (programa de tv), 20
- Oral genital, estimulación, 248, 250-251, 270, 486
- Orales, anticonceptivos, 295, 318, 341-343, 360
- Orgásmicos, disfunción. *Ver también* orgasmos
- disfunción orgásmica femenina, 430-431, 450-451, 450f, 451f, 460
 - disfunción orgásmica masculina, 430, 459-460
 - pareja, y dificultades sexuales, 426-431
- Orgasmos. *Ver también* mujeres; disfunción orgásmica
- cambios fisiológicos durante, 166, 169
 - ciclo de respuesta sexual y, 174-178
 - descripción subjetiva de, 171-172
 - dificultades sexuales y, 426, 434
 - envejecimiento y, 165, 176
 - estimulación manual de genitales, 230
 - eyaculación y, 134-135
 - fantasías y, 155, 152, 157
 - fingiendo orgasmos, 432
 - hombres y, 136-137, 139
 - masturbación femenina, 447
 - niveles de oxitocina, 150, 154
 - orgasmos de clítoris, 30, 172
 - orgasmos múltiples, 157, 175, 179
 - orgasmos vaginales, 28, 30, 42-43, 248-251
 - parejas, y experiencia orgásmica con mujeres, 450-452
 - punto G, 98, 173, 174
 - relaciones sexuales y tipos de, 396, 403, 406, 410
 - terapia sexual, e inexperience con mujeres, 429-430
 - y disfunción en la excitación sexual femenina, 429
- Orquidectomía, 150
- Ortho Evra (parche transdérmico), y anticonceptivos, 300, 306
- Os y cervix, 85
- Oslo, Museo de Historia Natural, 267
- orc, anticonceptivos de emergencia, 318, 326
- Our bodies ourselves* (Boston Women's Health Collective), 17
- Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction* (Carnes), 539
- Ovariectomía, 151
- Ovarios. *Ver también* ovulación
- anatomía de, 95-97
 - estructuras reproductivas internas y, 95
 - formación de identidad de género y, 53-54, 54t, 60, 65
 - menstruación y, 101
 - ooforectomía y, 113, 121
 - ovulación y, 101
 - remoción quirúrgica de, 92-93
- Ovulación. *Ver también* ovarios
- infertilidad y, 332
 - método anticonceptivo de calendario, 302-303
 - método anticonceptivo de días, 302-303
 - método anticonceptivo de temperatura basal corporal, 302-303,
 - método del moco y, 302-303
 - ovarios y, 101
- Óvulo, sexo cromosomal, 48-49
- Oxitocina, niveles en cerebro de, 150
- P
- Padres. *Ver* hombres
- Padres, Familias y Amigos de Lesbianas y Gays (PFLAG), 283
- Países Bajos, y abortos, 339
- Pakistán, y terapia sexual, 449
- Palsamy, Nirmala, 296
- Papanicolau, frotis de, 112, 120
- Parafilias
- adicción sexual, 539-541
 - asfixia autoerótica, 532
 - clismafilia, 533
 - coercitiva, 533-539
 - comportamiento sexual atípico, 525-526
 - cropofilia, 533
 - de esclavitud, 530
 - definición de, 525-526
 - donjuanismo, 539
 - exhibicionismo, 526, 533-538
 - fetichismo travesti, 528
 - fetichismo, 527-529
 - froteurismo, 533
 - hombres, 525-526
 - llamadas telefónicas obscenas, 535
 - necrofilia, 539
 - ninfomanía, 539
 - no coercitiva, 532
 - satirismo, 539
 - transformación simbólica y, 527
 - urofilia, 533
 - voyerismo, 573
 - zoofilia, 473-439
- Parafilias no coercitivas. *Ver* parafilias
- ParaGard (T de cobre), 315-316, 326
- Parálisis cerebral, y dificultades cerebrales,
- Pares, educador de, VIH/sida y programas de, 498
- Parto, primera etapa y nacimiento, 355-356
- Pasar o simular, 280-281
- Pasión, y amor apasionado, 186-187, 191, 233
- PE (eyaculación precoz), 182, 428, 431, 447-449
- Pedofilia, 560-561
- Pélvica, enfermedad inflamatoria (PID), 302, 465, 469, 473
- Pélvico, músculos del piso, 95
- Pene. *Ver* eyaculación; disfunción eréctil, erección del pene; esperma
- abertura uretral, 126f
 - anatomía de, 124, 125, 135f
 - cirugía estética y tamaño de, 136, 137
 - coito pene-vaginal, 133, 138
 - correlación con variables físicas y, 136
 - crura y, 124
 - cuerpo esponjoso y, 125
 - cuerpos cavernosos y, 124, 142
 - dispositivos sexuales y, 142
 - enfermedad de Peyroni, 432
 - envidia de pene, 17
 - esmegma y, 142
 - estimulación de glándula y, 126
 - flácido, 127
 - fracturado, 142
 - frenillo y, 126
 - glándula y, 124
 - interacciones sexuales, y tamaño de, 133
 - intromisión y, 254
 - lesiones a, 142
 - limpieza, 141
 - medidor de tumescencia del, y aparatos para medir la excitación, 43, 48
 - no circuncidado, 140, 141
 - piel del, 125
 - prepucio y, 125, 127, 147
 - procesos de reasignación sexual y, 71-74
 - robo de penes, 139
 - sensibilidad al tacto y, 131
 - superincisión, 126
 - tamaños de, 136
 - temas de salud y, 351-355
 - vejez y erecciones del pene, 158, 165-166
 - y aumento de, 134
 - y cáncer, 126, 129, 131
 - y corona, 126
 - y erección, 164-170
 - y lesiones por masturbación, 142
 - y uretra, 126f
- Perfumes, 161
- Perimenopausia, 107
- Perineo, 88
- PET (tomografía por emisión de positrones) escaneo de cerebro, 161
- Pew Research Poll, 410
- Peyronie, enfermedad de, 432
- Pezones femeninos, 114
- Pfizer, Estudio global de actitudes y conductas realizado por, 6
- Philadelphia* (película), 278
- Píldora anticonceptiva de dosis constante, 304, 326
- Píldora del día siguiente, y anticonceptivos de emergencia, 17, 300-302
- Pink (cantante), 10
- Piojo público, 466, 491
- Pitt, Brad, 285
- Placenta, 336, 342-343
- Plan B, y anticonceptivos de emergencia, 316
- Plateau fase, ciclo de respuesta sexual,
- envejecimiento y, 177
 - ciclo de respuesta sexual y, 175
- Playboy* (revista), 584
- Poliamor, 407, 410
- Poliandria, 400
- Poligamia, 7, 399, 400
- Política “no preguntes, no digas”, 288
- Políticos, temas. *Ver también* temas legales
- anticonceptivos, 9, 17, 300-305
 - derechos del movimiento gay, 286-287
 - grupos provida y, 2, 309, 318
 - investigación sexual y, 9, 10, 22
 - Ley de Acceso a Medicamentos Legales, 2
 - sexo y, 2
- Pornografía,
- “pornificación” de la cultura de EUA, 590
 - censura vs libre expresión y, 584
 - definición de, 583
 - envejecimiento y, 586
 - erótica y, 580
 - historia de accesibilidad al público en general, 586
 - homosexualidad y, 580-582
 - infantil, 582
 - Internet, y niños, 580
 - obscenidad y, 584-585
 - perjudicial, 595, 597
 - pornografía no violenta, uso de, 39
 - temas legales y, 584-585
 - utilidad de la, 588

- violación y efectos de la investigación sexual de, 40-42
- Posparto, depresión (PPD), 357
- Posparto, periodo, 357-359
- Postramático, desorden de estrés, 556-557
- Preguntas, y comunicación, 187, 208-209
- Preimplantación genética, diagnóstico de, 332
- Premarital, sexo, 346
- Premenstrual, síndrome, 105
- Prenatal, desarrollo
- diferenciación atípica prenatal y formación de identidad de género, 60-64, 84
 - diferenciación típica prenatal y, 53-56
 - embarazo y, 352-353
 - genitales externos y, 54-57
 - orientación sexual y, 262-263
 - procesos hormonales prenatales, desórdenes que afectan el, 62
 - temas de salud y, 340, 343, 349
 - VIH/sida y, 352
- Preóptica, área del hipotálamo, 59
- Preparación para el nacimiento, 355-356
- Prepucio, 88, 91
- Preven, estrógeno progestina, 316
- Problemas sexuales. *Ver* dificultades sexuales
- Procedimientos de reasignación sexual, 67, 70
- Prodrómicos, síntomas, 480
- Pro-decisión, grupos, y aborto, 340, 346
- Profilácticos. *Ver* condones
- Progestasert T y DIV, 300, 302, 315
- Progestina, píldoras, y anticonceptivos orales, 316, 300-302
- Prostaglandinas, 106
- Próstata
- prostatitis, 143
 - prueba de antígeno prostático específico, 144
 - y cáncer de, 144
 - y glándula, 132-133, 135
- Prostitución
- adolescentes y, 593
 - definición de, 590
 - edad y, 592
 - estadísticas, 593
 - EUA y, 595-597
 - historia de, 590
 - Internet y, 580, 582
 - prostitución masculina, 590
 - prostitutas, 590-592
 - Protocolo para impedir, suprimir y castigar el tráfico de personas, 597
 - temas legales y, 584
 - Trafficking Victims Protection Act of 2000, 596
 - tráfico de mujeres y niños para, 596
 - turismo sexual y, 592, 595
 - VIH/sida y, 498, 510-511
- Pseudohermafroditas, 60
- Psicosexual, terapia. *Ver* terapia sexual
- Psicosocial, orientación, 149
- Psicosociales, teorías, y orientación sexual, 265, 266
- Psiquiátrica, medicación, y dificultades sexuales, 436, 459
- Psychology Today* (revista), 179
- PT-141, y excitación sexual, 167
- Pubertad y adolescencia, 370-371
- Pubis, 91, 92
- Publicidad y sexualidad, 21
- Puritanismo, 13
- Q
- Queer as folk* (programa de tv), 278
- Queer eye for the straight guy* (programa de tv), 277, 278
- Queer/Queer culture or nation*, 261, 291. *Ver* homosexualidad; grupos específicos
- Quistes, y senos femeninos, 121
- R
- Raza. *Ver* grupos étnicos
- Reach to Recovery program, 119
- Reagan, Ronald, 585
- Real Policía Montada de Canadá, matrimonios del mismo sexo, 408
- Reciprocidad, y amor, 194
- Recto, 39, 39f, 86f, 119f, 129. *Ver también* ano
- Reforma judaica. *Ver* judaísmo
- Reforma protestante, y tradiciones de sexualidad, 12, 25
- Refractario, periodo, y hombres, 168, 174, 177t, 182
- Reich, Robert, 406
- Relaciones, sexuales. *Ver* amor;
- Relaciones sexuales
- extramaritales, 406, 407, 411
- Relaciones sexuales
- extramaritales no consensuadas, 364, 374
- Religiosas, creencias. *Ver* religiones específicas
- aborto y, 343-345
- actitudes sexuales, y comportamiento en la misma religión, 4-5
 - anticonceptivos y 295
 - celibato y, 11, 25, 237
 - enfermedades de transmisión sexual y prevención, 486
 - homosexualidad y, 272-273, 283-284
 - investigación sexual y, 4-5
 - masturbación y, 241-242
 - pecado y sexo, 11, 12
 - roles de género y, 5, 8, 10, 13-15, 79, 80
 - terapia sexual y, 449-450
 - transgresión de Adán y Eva, 12
- REM (rápido movimiento ocular dormido) durante erecciones, 120
- Reno *vs* American Civil Liberties Union, 587
- Reorientación, terapia de, sexual, 243-44
- Reproducción, y estructuras internas femeninas, 48t, 49f, 50, 86f, 89-90. *Ver también* Concepción/concibiendo niños
- Resonancia magnética (MRI), y excitación sexual, 157-158, 161, 169-170
- Retrovirus, y VIH/sida, 444-447, 445, 445t, 459
- Revistas y sexualidad, 20, 21
- Revolución sexual, 17
- Rituales, y menstruación, 101, 102
- Rock, Chris, 409
- Rockefeller, Happy, 118
- Rodin, August, 249
- Roe *vs* Wade, 344-345
- Romana, Iglesia católica. *Ver* Iglesia católica
- Roth *vs* United States, 585
- Rubor sexual, 169
- Rugosidad, 98
- Rusia, y aborto, 339, 339f
- S
- Sadismo sexual
- Sadomasoquista, comportamiento, 166-168, 478
- Salud, temas de,
- arte en labios, 89
 - condones y hombres, 142
 - cuidado prenatal, 351-352
 - desarrollo fetal y, 349,
 - desarrollo prenatal y, 349-351
 - dieta, 106, 107, 111, 117
 - dificultades sexuales, 435-439, 435t, 460
 - ejercicio y, 107, 111, 119
 - enfermedad mental, y homosexualidad, 15, 272
 - envejecimiento, y salud sexual, 421
 - estimulación anolingual/anal, 248, 251-254, 466, 486, 516, 519
 - genitales, y hombres, 125, 128, 131, 138
 - higiene, 141-143
 - lesbianas y, 104, 116
 - masturbación, 15, 241
 - menstruación y, 101
 - pene y, 131
 - salud ginecológica, 111, 112, 115, 121
 - salud sexual, 426, 435, 460
 - seguridad, 442, 444
 - sueño y, 107
 - vagina y, 111
 - y circuncisión, 140
 - y dispareunia, femenina, 432
- Salud en los niños en edad escolar (HBSC), estudio, 377-378
- Salvando al soldado Ryan* (película), 587
- Sambia, sociedad y homosexualidad, 270
- Sanger, Margaret, 294, 326
- SAQ (cuestionarios autoadministrados), 45, 48
- Sarandon, Susan, 333
- Sarton, Mary, 102
- Satirismo, 539
- Schori, Katherine Jefferts, 80
- Seasonale, y anticonceptivos orales, 106, 300t, 302t, 305-306, 317t
- Segunda Consulta Internacional en Medicina Sexual, 428
- SCI (lesiones de la médula espinal), y dificultades sexuales, 437
- Seducción, mitos, y orientación sexual, 266
- Semen (fluido seminal), 133-134
- Sentidos. *Ver también* caricias
- excitación sexual y, 159-163
 - gusto, 162
 - oído, 162, 163
 - olfato, 161, 162
 - vista, 160
- Sentimientos, expresando, 73, 392, 407. *Ver también* comunicación
- Serious Talk* (programa de tv), 21
- Seroconversión, y VIH, 502
- Serotonina y excitación sexual, 158, 181
- Seventeen* (revista), 20
- Sex and Temperament in Three Primitive Societies* (Mead), 66
- Sex in America: A Definitive Study* (Gagnon, Luamann and Kolata), 38
- Sexo. *Ver también* coito;
- comportamiento sexual como pecado y, 11
 - como sentimiento de culpa, 11
 - cromosomas sexuales, 52, 54, 55, 61
 - definición de, 52
 - doble ingreso, no sexo, 406
 - en Internet, 22, 23
 - género *vs*, 52
 - grupo sexual en anuncios, 21
 - operaciones de cambio de sexo, 67, 73
 - órganos sexuales, femeninos/masculinos, 58t
 - placer *vs* procreación, 9
 - rubor sexual, 169
 - sexo para procreación, perspectivas, 8-10, 15, 17
 - sexo premarital, 375
 - sexo seco, 155
 - sexoturismo, 591, 592, 595, 596
- Sexo cromosomal, 48-49, 48f, 54-55, 54t, 59, 63, 295, 315, 320

- Sexo hormonal, y formación de identidad de género, 54-56
- Sexo oral, 126-127, 133, 472, 475
- Sexo y pecado, 11, 12
- Sexo seco, 155, 497
- Sexoterapia
- desorden del deseo sexual hipoactivo y, 428-429
 - desorden orgásmico masculino, 431
 - desórdenes orgásmicos femeninos, 430, 431
 - dificultades sexuales y, 428, 431
 - disfunción eréctil y, 430
 - eyaculación precoz, 431
 - fantasías y, 238
 - inexperiencia en orgasmo femenino, 431
 - medicamentos sin prescripción y, 490
 - parejas en acuerdo, 461
 - placereado, 448, 449
 - relaciones no éticas, 459
 - selección de terapeuta sexual, 458-459
 - terapia *insight*, 457
 - testosterona y, 435, 457, 461
 - vaginismo y, 433, 434
 - valores culturales, 449-450
- Sexología, 26, 27, 43. *Ver también* investigación sexual
- Sexual, actividad.
- Ver* comportamiento sexual
- Sexual, abuso, en niños
- agresores sexuales, y medroxyprogesterona, acetato de, 150
 - Canadá y, 563
 - características del abusador, 549
 - cibersespacio y, 565, 566
 - comunicación y, 551, 552, 554, 568
 - definición de, 560-561
 - dificultades sexuales en adultos causadas por, 444-445
 - efectos de, 566-567
 - estadísticas, 562-563
 - EUA y, 561-567
 - fantasías, y experiencia de abuso sexual en la infancia, 238, 444-445
 - hostigamiento y, 569
 - incesto y, 561
 - métodos de prevención y, 567-569
 - pedofilia y, 560-561
 - recuerdos y, 563-564
- Sexual, adicción, 539-541
- Sexual *Addiction* (Carnes), 539
- Sexual, ciclo de respuesta. *Ver también* excitación sexual
- cambios relativos a la edad en, 182
 - cambios psicológicos y, 181-182
 - consumo de alcohol y efectos en, 29-31, 33, 39-40, 42, 435
 - diferencias de género en, 178-179
 - dispositivos para medir respuesta sexual, 43, 44
 - envejecimiento y, 175-176, 182
 - fase de excitación de, 169-170
 - fase de orgasmo, 167-173
 - fase de resolución y, 168, 170, 170*t*, 174-175
 - hipogonadismo y, 150, 151
 - hombres y, 150-151
 - Masters y Johnson, modelo de cuatro etapas, 167-171
 - miotonia y, 168-170, 170*f*, 176
 - modelo de tres etapas de Kaplan, 167
 - mujeres y, 151-152
 - observaciones directas y, 40, 41
 - orgasmos múltiples y, 179-181
 - periodo de refracción y, 168, 174, 177, 178
 - rubor sexual y, 169
 - terapia de estrógenos y, 151, 152
 - vasocongestión y, 164, 168-171, 175, 176
- Sexual, educación. *Ver también* educación, escuela
- educación sexual escolar para adolescentes, 390-391
 - educadores de pares VIH/sida programas de intervención y, 498
 - padres/paternidad y, 386-387
 - VIH/sida y, 498, 509-510, 421
- Sexual, excitación. *Ver* erotismo; respuesta del ciclo sexual
- afrodisíacos y, 163-165
 - anafrodisíacos y, 163, 165-166
 - anticonceptivos orales y, 165, 166
 - atracción física, 184, 187, 188
 - cerebro y, 155-159
 - comunicación entre parejas, 208
 - corteza cerebral, 157-159
 - desorden en la excitación sexual femenina, 429
 - dificultades sexuales y, 429
 - escroto y, 128
 - escuchar/sonidos y, 162-163, 181
 - estimulación anolingual/anál y coito, 248, 251-254
 - estimulación sexual a control remoto, 23
 - factores de influencia, 149-152
 - feromonas y, 161, 181
 - glándulas de Cowper y hombres, 133, 146
 - hipotálamo y, 150, 154, 157, 157*f*, 158, 161, 178
 - instrumentos de medición y, 43, 44
 - masturbación y, 374, 392
 - medicamentos y, 158, 164-166, 182
 - monitoreo y, 158, 170
 - neurotransmisores y, 158, 159
 - perfumes y, 161
 - sentidos y, 159-163
 - sexo oral y, 156
 - sistema límbico y, 157-159
 - tabaquismo y, 166, 435
 - terapia de estrógenos y, 151-152
 - variantes culturales en, 155-156
 - zonas erógenas y, 159-160
- Sexual, ciclo de respuesta. *Ver también* excitación sexual
- cambios relativos a la edad en, 182
 - cambios psicológicos y, 181-182
 - consumo de alcohol y efectos en, 29-31, 33, 39-40, 42, 435
 - diferencias de género en, 178-179
 - dispositivos para medir respuesta sexual, 43, 44
 - envejecimiento y, 175-176, 182
 - fase de excitación de, 169-170
 - fase de orgasmo, 167-173
 - fase de resolución y, 168, 170, 170*t*, 174-175
 - hipogonadismo y, 150, 151
 - hombres y, 150-151
 - Masters y Johnson, modelo de cuatro etapas, 167-171
 - miotonia y, 168-170, 170*f*, 176
 - modelo de tres etapas de Kaplan, 167
 - mujeres y, 151-152
 - observaciones directas y, 40, 41
 - orgasmos múltiples y, 179-181
 - periodo de refracción y, 168, 174, 177-178
 - rubor sexual y, 169
 - terapia de estrógenos y, 151, 152
 - vasocongestión y, 164, 168-171, 175, 176
- Sexual, investigación
- cibersespacio, 44-46
 - estudios y, 47-53
 - grupos étnicos y, 34-35
 - Internet y, 44-46
 - lineamientos de evaluación y, 47-49
 - normas éticas y, 46-47
 - observaciones directas y, 40-41
 - parejas casadas, y muestras representativas para, 32-33
 - sexología y, 29-30, 48
 - tecnologías en investigación sexual, 43
 - variables y métodos de investigación experimental, y controles en, 41-42
- Sexual, revolución, 17
- Sexual satisfacción, y circuncisión masculina
- dificultades sexuales, 377-378*f*
 - extirpación de genitales femeninos y, 92-93
 - índice de satisfacción sexual, 427-428
 - relaciones y, 157
- Sexuales, hormonas, femeninas y, 104
- desórdenes que afectan el proceso hormonal prenatal, 62-65
 - esteroides, 149
 - excitación sexual y, 149-152
 - formación de identidad de género, 53-57
 - hombres y, 146
- Sexuales, roles. *Ver* roles de género
- Sexualidad. *Ver también* países; locaciones geográficas específicas
- aproximación a, 2-3
 - asexualidad, 265
 - bisexualidad, 263
 - Boston University Sexuality and Research Treatment Program, 37
 - brujería y mujeres, 25
 - características sexuales secundarias, 101, 113
 - circuncisión y, 140-141
 - comediantes y, 4
 - controversias y, 15, 24, 25
 - creencias religiosas, y tradiciones de, 2-5, 7, 10
 - culturas y, 10, 17, 25
 - decisiones personales y, 24
 - dificultades sexuales, y definición corta, 428
 - envejecimiento, 395, 416, 418, 420, 421, 423
 - era victoriana y, 13
 - esclavitud y, 10, 14, 15
 - EUA y diversidad, 4, 5
 - histerectomía, y efectos, 110, 113
 - infertilidad y, 332
 - Internet y, 22, 23
 - judeocristianas, tradiciones y, 10, 11
 - Kegel, ejercicios de, 96, 127
 - mastectomía y, 118-120
 - mujeres y, 12-16
 - ooforectomía, y efectos, 113
 - orientación psicosocial y, 5-6
 - publicidad, 21
 - revistas y, 21, 22
 - roles de género y, 10-16
 - siglo xx y, 15, 16
 - tamaño de pene y, 136-138
 - temas legales y, 2, 9, 24
 - videos musicales y, 21
- Sexuales, transmisión de enfermedades (rts). *Ver* rts
- Sharpton, Al, 283
- Shields, Brooke, 21
- shine Awards (Sexual Health in Entertainment), 20
- Sífilis, 475, 477

- Simios, virus de
 inmunodeficiencia (vís),
 493-496
- Simular o pasar, 280-281
- Síndrome de alcoholismo fetal
 (fas), 353-354
- Síndrome de choque tóxico, 107
- Síndrome de Inmunodeficiencia
 Adquirida (sida)
 adolescencia y, 382, 386,
 495-496
 afecciones y, 487
 Asia y, 470, 495, 504
 cáncer y, 503, 521
 causa de, 498
 China y, 470-471
 ciclo de respuesta sexual y,
 30-31, 39-42,
 comunicación y, 517-518,
 510-511
 condones y, 495, 497-499,
 502, 508
 consumo de alcohol y, 501
 drogas inyectadas y, 499,
 501, 512
 edad, y casos de, 470
 educación y, 498, 509-10
 exposición posterior a la
 profilaxis (pREP), 509
 grupos étnicos y, 495
 haart y, 504-506,
 historia de, 17
 incidencia, estadísticas
 de, 467
 infertilidad y, 465, 469
 legales, acciones y, 518
 métodos de prevención y,
 498, 508-518
 msm (sexo entre hombres) y
 transmisión de, 495
 origen de, 493
 población de riesgo y,
 494-495
 prostitución y, 497
 sexo oral y, 499, 509
 síndrome de insensibilidad a
 los andrógenos, 63
 síndrome fetal por alcohol,
 353-354, 360
 síntomas de, 501
 sistema inmune y, 504
 tasa de mortalidad, 504
 transmisión de, 495, 499-500
 tratamientos para, 504-507
- Sistema de retroalimentación
 negativo para hormonas,
 y menstruación, 104
- Sistema límbico y Giro del
 cíngulo, 157-159,
 157f, 181
- Sistema olfativo, y excitación
 sexual, 160-162
- Six Feet Under* (programa de
 tv), 278
- Sociales, temas. *Vé* padres/
 paternidad
 actitud en la sociedad y
 orientación sexual,
 270-272, 420
 amistad, 265, 277, 282, 284
 compromiso y amor, 189,
 232, 233
- estatus socioeconómico y
 estadísticas de
 violación, 550
 formación de identidad de
 género, 53-56
 pornografía y, 580-581
 revolución sexual y, 17
 socialización y comunicación
 sexual, 208
 teoría del aprendizaje social y
 la formación de identidad
 de género, 53-56
 vida en familia y orientación
 sexual, 286
- Sociedades occidentales.
 Vé también países
 aborto y, 337-339
 amamantamiento y, 358
 anticonceptivos y,
 295, 296, 298
 besar en la boca y, 156
 embarazo en adolescentes
 y, 383
 experiencias sexuales en la
 adolescencia, 373-379
 jugueteo y, 156
 matrimonio en culturas
 individualistas, 398-399
 matrimonio y, 398
 matrimonios del mismo sexo
 y, 408-410
 orientación sexual y, 262, 265
 sexo oral y, 156, 169
 tasa de mortalidad materno
 infantil, 352
 variaciones culturales en la
 excitación y, 155, 156
- Society for the Scientific Study
 of Sex (ssss), 46
- Soltero, vida de, 395
- Sontag, Susan, 418
- Sordera, y dificultades sexuales,
 438, 461
- South of nowhere* (programa
 de tv), 278
- "Spanish fly", y afrodisíacos, 147t
- Spears, Britney, 263
- Sternberg, teoría triangular de
 amor, de, 187
- Stewart, Potter, 585
- Stonewall, y movimientos de los
 derechos gay, 290
- Stud hunters* (video), 513
- Studies in the Psychology of Sex*
 (Ellis), 15
- "Stupid girl" (Pink), 9
- Suazilandia, y poligamia, 400
- SubSahara África, y VIH/sida,
 494-496
- Succión, curetaje por, 341, 342
- Sudán, y extirpación de
 genitales, 93
- Suecia, 352, 359. *Vé* también
 sociedades occidentales
- Sueños húmedos, 136
- Sufragista, movimiento, 16
- Sullivan, Andrew, 408
- Suma teológica (Aquino), 12
- Superincisión, 126
- Sustitutas, madres, 335, 360
- Swinger*, y relaciones
 extramaritales
 consensuadas, 407-410
- T
- T células, 493
- T de cobre (ParaGard), y DIU,
 315, 317, 326
- Tabaco. *Vé* tabaquismo
- Tabaquismo. *Vé* fumar cigarros.
- Tailandia, 471, 594, 596.
 Vé también Asia
- Tailhook, escándalo, 570
- Tampones y menstruación,
 94, 101
- Tántricas, tradiciones, 155
- Tanzania y relaciones
 extramaritales, 407.
 Vé también África
- Taoísmo, y variaciones en la
 excitación, 155
- Técnica "parar-iniciar", y
 eyaculación prematura,
 453, 461
- Tecnologías en investigación
 sexual, 31-34
- Teorías biológicas y orientación
 sexual, 266, 290
- Terapia. *Vé* terapias específicas
- Terapia centrada en el cliente
 (Rogers), 215
- Terapia de comportamiento y
 disfunción eréctil (ED),
 454-455
- Terapia de reorientación
 sexual, 273
- Terapia de remplazamiento
 hormonal, 97-98, 108
- Terapia retroviral altamente
 activa (HAART), 445, 459
- Tercera etapa, labor de parto,
 356, 356f
- Testículos
 anatomía de, 129, 130, 132f
 autoexamen y, 130, 131
 cáncer testicular,
 128, 131, 143
 castración y, 126
 células intersticiales (células
 de Leydig), 130f
 cordón espermático y, 128f,
 129-130, 132
 criptorquidia y, 116, 129
 desarrollo prenatal y, 132
 epidídimo y, 128f,
 130-131, 132f
 estructura interna, 130f
 funciones de, 129
 orquidectomía y, 145
 sexo cromosómico y, 54, 55
 simetría y, 129
 sin descender
 (criptorquidia), 129
 tubos seminíferos y, 130f, 131
- Testosterona,
 andrógenos y, 54t, 56, 58, 61,
 63, 64-65
 cáncer y, 460
 castración y efectos de
 deficiencia, 126
 dihidrotestosterona (DHT),
 57, 63, 64
 enfermedad cardíaca y, 461
 envejecimiento y deficiencia
 de, 153, 153t, 154
 exceso, 152
 funcionamiento sexual
 normal, 152, 153
- hipogonadismo y, 150
- hombres y deficiencia
 de, 153, 153t
- liberación de dopamina
 y, 158
- mujeres y, 151
- terapia de estrógenos-
 testosterona y, 151,
 153, 181
- terapia sexual y, 461
 y deseo sexual, 150-152, 155
 y excitación sexual, 152,
 153t, 154
- The 40-Year-Old Virgin*
 (película), 391
- The Blues* (película), 587
- The Chemistry of Love*
 (Liebowitz), 171
- The Color Purple*, 516
- The Joy of Sex* (Comfort), 17
- The Kiss* (película), 19
- The L Word* (programa de tv), 278
- The Ladder* (periódico), 286
- The Lifestyle: Group Sex in the*
 Suburbs (película), 410
- The New Republic* (revista), 408
- The Phil Donahue Show*
 (programa de tv), 20, 278
- The Science of Love* (Walsh), 191
- The Seven Principles for*
 Making Marriage Work
 (Gottman), 403
- The Shawshank Redemption*
 (película), 549
- The Social Organization of*
 Sexuality: Sexual Practices
 in the United States
 (Laumann, et al), 34
- The Vagina Monologues* (Ensler),
 99, 442
- The Vindication of the*
 Rights of Women
 (Wallstonecraft), 13
- The Woman Rebel* (Sanger), 294
- Thomas, Clarence, 20, 570
- Thonga, cultura, 156
- Time* (revista), 587
- Tonight's Whisperings* (radio), 21
- Toomey, Patrick, 37
- Tracoma, 469, 519
- Traditional Values Coalition*, 37,
 278
- Trangenerismo, 70-71, 84
- Tranquilizantes y excitación
 sexual, 165, 182
- Transcervical, esterilización,
 303, 321
- Transcriptasa invertida,
 inhibidores y VIH/sida,
 504, 507, 521
- Transdérmico, parche
 (Orto Evra), y
 anticonceptivos, 306
- Transexualismo,
 causas/etiología de, 70-71
 comunicación con
 transexuales, 71
 definición de, 70
 disforia de género y, 71
 fetichismo travesti vs,
 528-529, 542
 orientación sexual y, 71

- procedimientos de
reasignación de sexo y,
73-74
travestis y, 70, 72
- Transfusión de sangre y
transmisión de VIH,
500, 521
- Travestismo, 70
- Tree, Jason, 408
- Tribadismo, 224
- Tricomoniasis, 466*t*, 490, 508,
513, 520
- Trifásica, píldora, y
anticonceptivos
orales, 304
- Trimestres y desarrollo fetal,
349-351
- Trobriand, islas, cultura de, 156
- Trompas de Falopio
clamidia salpinguitis,
461, 519
embarazo ectópico y, 89-90,
469, 519
estructuras reproductoras
internas y, 95-96, 97*f*, 98
fimbrias y, 100
infertilidad y, 332-333
transferencia intrafalopiana
de cigotos (ZIFT) y, 335
- Trompas, ligadura de, 321-322
- Tubos seminíferos, 130*f*, 131
- Tucker, S., 498
- Tumores malignos en pecho,
118-120
- Túnica dartos, 128*f*, 129
- Turismo sexual, 591, 595,
596, 599
- Turner, síndrome de, 61, 62
- Turu, cultura, relaciones
extramaritales, 407
- U
- Unión Soviética, 339. *Ver también*
sociedades occidentales
United Nations (UN)
crecimiento poblacional
y, 295
Protocol to Prevent,
Suppress, and Punish
Trafficking in
Persons, 597
UNFPA (United Nations
Population Fund), 297
y matrimonios, niños, 399
- Uretra
abertura uretral, 125, 132*f*
abertura urinaria, 94, 97*f*
descripción, 125, 132*f*
esfínteres, eyaculación y, 135
infección urinaria, 111
uretra y eyaculación, 135*f*
uretritis, 469, 489
urofilia, 533, 542
urología, 141
y uretritis (NGU), no
gonocócica, 465*t*, 467,
469, 472, 474, 519
Uretritis no gonocócica (NGU),
465, 467, 469, 472, 474
- USAID (Agency for International
Development), 297
- USPSTF (Preventive Services Task
Force), 144
- Útero. *Ver* desarrollo fetal
- anatomía de, 96, 97
anteflexionado, 89
capa del miometrio, 100
capa del perimetrio, 100
cirugía y remoción de, 113
endometrio, 97, 100
estructuras reproductivas
internas y, 95, 96, 97*f*, 98
histerectomía y, 113
inseminación intrauterina,
334, 360
posición de, 100
retroflexionado, 100
Útero retroflexionado, 100
- V
- Vagina. *Ver* lubricación vaginal
anatomía de, 96, 97, 98
autoexamen y, 90
balance químico, 98
coito pene-vaginal, 141
dispareunia y, 432
dispositivo para medir la
excitación en, 43, 44
ducha y, 99
especulo y, 100, 112
espermaticidas, 300, 302,
307, 310, 312
estimulación y coito, 105
excitación, 98
fotopletismógrafo vaginal, 43
himen y, 94, 95
infecciones vaginales,
487-491, 520
introito vaginal, 94, 11, 120
intromisión y, 257
miógrafo vaginal, 44, 48
mucosa y, 97-99
niveles de pH, 98, 99
proceso de reasignación
sexual y, 73
punto G y, 98, 120
rugosidad y, 98
secreciones vaginales, 99, 120
temas de salud y, 98
vaginismo, 433-434, 452, 460
vaginitis y, 487, 488, 520
vaginosis bacteriana y,
466*t*, 489, 513, 520
vasocongestión y, 98,
105, 113
y abertura vaginal, 94
y orgasmos, 30, 32, 40, 42,
50, 53, 57, 68, 71, 73-75,
78-80
- Vaginal lubricación. *Ver también*
vagina
dispareunia y, 433
envejecimiento y, 175, 177*t*
estrógenos y, 151, 152
propósitos de, 98
remedios para
insuficiente, 98
sexo seco y, 155, 497
Vaginosis bacteriana, 520
Vanatinai isla, y comportamiento
apropiado de género, 52
Variante de identidad de género
y orientación sexual, 71
Varicocele, e infertilidad, 334
Vasectomía y
anticoncepción, 132
- Vasoactivas, inyecciones, y
disfunción eréctil,
455, 461
- Vasocongestión, 98, 105, 113
- Vejiga, 132*f*, 133-136, 143
- Vérnix caseosa y desarrollo
fetal, 351
- Vesículas seminales, 132*f*,
133, 135
- Vestíbulo y vulva, 88, 88*f*, 94
- Viagra, 454, 455, 455*f*
- Vibradores, 244, 450
- Vida familiar, y orientación
sexual, 255-256
- Videos, 21, 537. *Ver* películas
- VIH (virus de inmunodeficiencia
humana)
adolescencia y, 464, 494, 495,
508, 518
África y, 494, 495, 496,
504, 520
Asia y, 470-471, 495, 504
Camboya y, 471
cáncer y, 503, 503*f*, 521
carga viral y, 499, 521
células T cooperadoras, 493
China y, 470-471
complicaciones de, 521, 591
comportamiento de alto
riesgo y, 499-501,
507, 521
comunicación y, 517, 518,
510, 511, 521
condones y, 308, 495, 497-
499, 502, 508, 521
contacto casual, 500, 521
cuidado prenatal, 351, 352
edad, e incidencia de, 464,
494, 510
envejecimiento, y actividad
sexual, 419
estadísticas de EUA y, 494, 520
estadísticas de incidencia y,
494-498, 520
estimulación anolingual/anal,
y riesgo de, 495, 499,
502, 509
estimulación oral-genital, y
transmisión de, 499, 521
fetos y, 499, 521
grupos étnicos y, 495, 520
HAART y, 504-506, 505*t*, 521
infección primaria de, 499
inhibidores de transcriptasa
inversa, 504
leche materna y, 499,
507, 521
linfocitos y cd-4, 493-494,
499, 505
medicamentos inhibidores
de transcriptasa, 504,
507, 521
métodos de prevención y,
498, 508-518, 521
msm (sexo entre hombres), y
transmisión de, 495, 521
nacimiento y, 499, 507, 521
origen de, 493, 520
preexposición y, 508-510
prostitución y, 497,
501, 595, 598
proteasa y, 504
pruebas de anticuerpos y,
502, 521
- pruebas de detección
y, 502, 521
reducción de riesgo y,
508-510, 521
resistencia a, 501, 521
riesgo en poblaciones y,
494-495
seroconversión, 502
sexo oral y, 499, 509, 521
sexo sin protección y, 500,
508, 509
síntomas de, 501, 521
Tailandia y, 471
tasa de mortalidad, 498,
503-504, 521
tiempo de incubación entre
infección por VIH y
enfermedad, 503, 521
transfusión de sangre y,
500-501, 521
transmisión de madre a hijo
durante el embarazo y,
499, 507, 521
transmisión de, 495, 499,
500, 521
transmisión heterosexual y,
495, 520-521
tratamientos para,
504-507, 521
uso de drogas y transmisión
de, 499, 501, 512
vacunas y, 508, 521
y comportamiento sexual,
506-510, 521
y educación sexual, 498,
509-510, 521
- Violación
acciones a seguir después
de, 555
coerción sexual y, 551
comportamiento
sociocultural y
psicosocial, 548, 549
comunicación y,
551-554, 568
definición de, 545
dificultades sexuales en
adultos causadas por,
444-445, 461
drogas usadas para, 552
edad y primera violación de
mujeres, 550
estadísticas, 550
EUA y, 548, 553, 561
hombres y, 557-558
impacto en víctimas, 548
medios masivos, 566, 570
mujeres y, 550
narcicismo y, 550
pornografía e investigación
en efectos de, 29, 31, 32
reducción de riesgo y, 554
víctimas, características de
mujeres, 550
violación del mismo sexo,
557
violación en guerra, 553, 556
violación por conocidos, 551
violación por desconocidos, 545
y violadores, características
de, 549
Viral, hepatitis, 486, 487, 561
Virales, infecciones, 477, 484,
486, 519

- Virgen María, y tradiciones de sexualidad, 12-14
- Virginidad, 93-95, 375
- Virtually Normal: An Argument About Homosexuality* (Sullivan), 408
- Vista y excitación, 160
- Viudez, 421
- Vomeronasal, órgano (vno), 161
- Vulva. *Ver también* clítoris
- abertura uretral, 94
 - anatomía de, 88
 - arte y formas, 88, 89
- autoexamen de, 90
- estructuras que delinean, 88, 89
- glándulas de Bartholin, 95, 97
- introito vaginal, 94
- labioplastia, 90, 91, 94
- labios mayores, 88, 90
- labios menores, 88, 91
- monte de Venus, 88-90
- músculos pélvicos, 95
- perineo, 95
- síndrome de vestibulitis vulvar, 433, 460
- vello púbico, 89, 370-372
- vestíbulo, 94
- Vulvar, contorno, y obra de arte, 88
- W
- Waxman, Henry, 37
- Why Marriages Succeed or Fail* (Gottman), 403
- Winfrey, Oprah, 591
- Wollstonecraft, Mary, 13
- Women's Health Initiative (WHI), 110
- Woods, Tiger, 403
- Y
- Yeats, William Butler, 185
- Yombina, y afrodisíacos, 164, 165
- Z
- Zeta-Jones, Catherine, 418
- Zoofilia, 538

*Explore las diferentes
actitudes, ideas y
conductas de la
sexualidad humana
con Crooks y Baur, y
descubra cómo el estudio
de la sexualidad puede
convertirse en un viaje
fantástico*

Con un enfoque basado en la sana comunicación en pareja y en la salud sexual propia, Robert Crooks y Karla Baur ofrecen la más emocionante investigación actual sobre la sexualidad humana. Siempre directos y de mente abierta, los autores presentan la diversidad inherente a la sexualidad humana e invitan a explorar sus aspectos biológicos, psicosociales, conductuales y culturales. Crooks y Baur lo alientan a explorar sus propias perspectivas respecto de este tema, y a darse cuenta de que *usted* es el experto de su propia sexualidad.

En esta décima edición encontrará nuevos contenidos de *Sero* y *política* que exploran la relación entre política, políticas públicas, conocimiento sexual, salud sexual y reproductiva y derechos civiles. También disfrutará la sección popular *Archivo de los autores*, que describe las experiencias de personas reales... algunas muy parecidas a usted, ¡y de muchas que pueden ser muy diferentes!

RECURSOS ADICIONALES

Inicie su camino al éxito con la primera herramienta de evaluación centrada en el aprendizaje del lector en torno a la sexualidad humana

CengageNow™ para *Nuestra sexualidad*



Este programa interactivo en línea le permitirá comprender los conceptos clave del curso, prepararse mejor para los exámenes, ¡y aumentar sus oportunidades de éxito! CengageNow, el estudio en línea y sistema de tutoría lo apoya en áreas específicas en las que usted necesita más ayuda. Si una tarjeta de acceso viene con su texto, puede consultar CengageNow usando la página web y el código de la tarjeta, o comprar un acceso en línea en www.cengage.com.

Página web asociada www.cengage.com/psychology/crooks



Este sitio es un centro de estudio virtual que le ayudará a destacar en su curso. Ligado capítulo a capítulo con el libro de *Nuestra sexualidad*, de Crooks y Baur, contiene objetivos de aprendizaje, pruebas prácticas y un glosario en línea en formato de tarjetas para autoevaluación, encuestas de actitud, ejercicios de InfoTrac® College Edition, enlaces a recursos actuales sobre la sexualidad humana en la Internet y crucigramas.

