

The background of the book cover is a photograph of a prehistoric cave wall. It features several red ochre paintings, including a large animal figure on the right and several handprints in the lower half. The wall itself is a mix of earthy tones like beige, brown, and red, with visible cracks and textures.

PSICOLOGÍA DE LA SEXUALIDAD

JAVIER GÓMEZ ZAPIAIN

ALIANZA EDITORIAL

Psicología de la sexualidad

Javier Gómez Zapiain

**Psicología
de la sexualidad**

Alianza Editorial

Reservados todos los derechos. El contenido de esta obra está protegido por la Ley, que establece penas de prisión y/o multas, además de las correspondientes indemnizaciones por daños y perjuicios, para quienes reprodujeren, plagiaren, distribuyeren o comunicaren públicamente, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica, o su transformación, interpretación o ejecución artística fijada en cualquier tipo de soporte o comunicada a través de cualquier medio, sin la preceptiva autorización.

Edición electrónica, 2014
www.alianzaeditorial.es

© Javier Gómez Zapiain, 2013
© Alianza Editorial, S. A. Madrid, 2014
Juan Ignacio Luca de Tena, 15. 28027 Madrid
ISBN: 978-84-206-8930-2
Edición en versión digital 2014

*Si se define al ser humano por la experiencia, o sea,
por la manera propia de poner el mundo en forma...
Un ser humano sin sistema sexual es tan incomprensible como un
ser humano sin pensamiento.
Hay ósmosis entre sexualidad y existencia.
La sexualidad es todo nuestro ser.
Merleau-Ponty, 1975*

*A Mari Carmen, mi madre,
por su aportación generosísima a los demás,
expresada en sonrisa permanente.
A mis alumnos, a los que me debo.*

Índice

Prólogo.....	17
1. Bases conceptuales de la sexualidad.....	23
1. Introducción.....	23
2. El origen del sexo y su naturaleza biopsicosocial.....	24
3. Algunas aproximaciones conceptuales.....	27
2. Las actitudes hacia la sexualidad.....	35
1. ¿Qué son las actitudes?.....	35
2. Estructura de la actitud.....	35
3. Génesis de actitudes positivas y estrategias para el cambio de actitud.....	37
3.1 Génesis de las actitudes.....	38
3.2 El cambio de las actitudes.....	38
4. Actitudes hacia la sexualidad.....	42
4.1 Sentimientos de culpa sexual.....	43
4.2 La dimensión erotofobia-erotofilia.....	45
4.3 Efectos derivados de la actitud hacia la sexualidad.....	47
4.4 El sexismo y heterosexismo.....	50
4.5 Homofobia.....	51
3. Identidad sexual.....	55
1. Introducción.....	55
2. Sexo y género. Algunas aclaraciones conceptuales.....	59
3. Identidad sexual y de género en el seno de la identidad globalmente considerada.....	65
4. Los roles de género.....	71
4.1 Modelo de congruencia.....	73
4.2 Modelo actual o de androginia.....	74
5. Proceso de sexuación.....	76
5.1 Diferenciación sexual.....	78
5.1.1 Síndromes citogenéticos humanos.....	83
5.1.2 Anomalías clínicas en la diferenciación gonadal.....	85
5.1.3 Conclusiones respecto a la diferenciación sexual intrauterina.....	87

5.2	Desarrollo de la identidad sexual y de género en la infancia	89
5.2.1	Las aportaciones de John Money.....	90
5.2.2	Críticas a las aportaciones de John Money y Anke Herdhart.....	93
5.3	Aportaciones desde los distintos marcos teóricos de la psicología	95
5.3.1	Teorías psicológicas.....	97
5.3.2	A modo de síntesis	105
5.4	La identidad sexual y de género en la adolescencia	108
5.4.1	Cambios en la imagen corporal	108
5.4.2	Cambios en las nuevas capacidades	110
5.4.3	La aparición del deseo erótico	111
4.	El deseo sexual y su configuración.....	115
1.	Aproximación a las bases biofisiológicas del deseo sexual.....	121
1.1	Determinantes anatómico-fisiológicos	121
1.2	Determinantes hormonales del deseo	124
1.3	El papel de los neurotransmisores	126
2.	Activación del deseo sexual.....	127
3.	Configuración del deseo erótico	130
4.	El deseo erótico desde la perspectiva de las emociones	137
5.	Principales aportaciones desde las teorías de las emociones	139
6.	Regulación emocional y deseo sexual	146
7.	La orientación del deseo	150
7.1	Acerca de la identidad homosexual.....	156
8.	Integración del deseo erótico en el conjunto de la identidad sexual y de género	158
8.1	Identidad sexual.....	159
8.2	Orientación del deseo	160
8.3	Orientación genérica.....	162
8.4	Relación entre la identidad sexual, la orientación del deseo y orientación sexual.....	163
5.	Afectos y sentimientos relacionados con el deseo erótico.....	165
1.	La experiencia amorosa desde la teoría del apego.....	174
1.1	La respuesta sensible	175
1.2	La base de seguridad	175
1.3	Los modelos internos y los estilos de apego	177
2.	Modos o estilos de amar desde la teoría del apego.....	182
2.1	Modo de amar desde la seguridad del apego.....	183
2.2	Modo de amar ansioso-ambivalente.....	184
2.3	Modo de amar evitativo.....	184
6.	Sexualidad en la infancia y adolescencia.....	187
1.	Sexualidad infantil	188
1.1	Características de la sexualidad infantil	189
1.2	Manifestaciones de la sexualidad infantil.....	191
1.2.1	Necesidad de satisfacer la curiosidad	192
1.2.2	Juegos sexuales infantiles	194

1.3	Apego y sexualidad en la infancia.....	195
2.	Sexualidad en la adolescencia.....	199
2.1	El deseo erótico y los comportamientos sexuales en la adolescencia	200
2.1.1	El autoerotismo o masturbación	201
2.1.2	Relaciones sexuales compartidas.....	202
2.2	Comportamiento sexual y vinculación afectiva	204
2.3	Mediadores afectivos en los comportamientos sexuales de riesgo	206
7.	Sexualidad en la vida adulta	211
1.	Sistemas que intervienen en la experiencia erótica.....	211
1.1	Sistema de apego	214
1.2	Sistema de cuidados	215
1.3	Sistema de exploración.....	216
2.	Interacción de los sistemas.....	217
3.	Apego y sexualidad en adultos	220
8.	Psicología de la respuesta sexual humana	233
1.	El ciclo de la respuesta sexual según Masters y Johnson	236
2.	La respuesta sexual según H. S. Kaplan	238
3.	El modelo tridimensional de Schnarch	240
4.	El modelo del quantum	242
5.	Potencial erótico.....	248
6.	Componentes de la respuesta sexual humana	250
6.1	Deseo sexual	250
6.2	La excitación sexual	251
6.3	El orgasmo.....	253
6.3.1	Teorías explicativas del orgasmo.....	254
6.3.2	Algunas consideraciones acerca del orgasmo.....	261
6.4	La resolución	263
9.	Salud sexual y dificultades sexuales.....	265
1.	Clasificación de los trastornos sexuales.....	267
2.	La evaluación de las disfunciones sexuales	273
3.	Trastornos del deseo	274
3.1	Variantes clínicas de los trastornos del deseo	278
3.2	Etiología	279
3.2.1	Causas de naturaleza orgánica	279
3.2.2	Causas debidas a factores psicológicos	280
3.3	Parafilias.....	286
3.3.1	Criterios para el diagnóstico	288
	Parafilias más comunes.....	289
4.	Trastornos de la excitación	293
4.1	Disfunción en la erección	293
5.	Trastornos del orgasmo.....	296
5.1	El orgasmo prematuro o eyaculación precoz.....	296
5.2	El orgasmo retardado o eyaculación retardada.....	298
5.3	Trastornos del orgasmo en la mujer	299

6. Otros trastornos de ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual	300
7. Aproximación a la etiología de las disfunciones sexuales	302
8. Terapia sexual	304
Bibliografía	309
Índice analítico	319
Índice onomástico	323

Prólogo

La naturaleza humana es sexuada por definición. La evolución de la vida así lo diseñó. La adaptación de las especies y su supervivencia se optimizó a través del sistema sexual de reproducción. Para ello fue necesaria la separación de la especie originaria en dos partes, en dos sexos. Ello dio lugar a dos formas y a un modo de reproducción que genera una intensa motivación hacia los comportamientos que hacen posible la cópula. Las leyes darwinianas de selección natural hizo el resto.

Las especies fueron evolucionando filogenéticamente hasta la especie humana. La telencefalización es el proceso a partir del cual el cerebro genera estructuras nuevas y superiores por encima del tálamo, como es la corteza cerebral. Esta va tomando el control de todo el sistema nervioso y lo regula. La telencefalización genera las áreas nobles que diferencian al ser humano del resto de las especies, ya que en ellas surgen el pensamiento y el lenguaje. El paleoencéfalo, o cerebro antiguo, regula el mundo emocional. El neocórtex, o cerebro nuevo, regula la existencia, la adaptación, las relaciones sociales, la creación del conocimiento, la cultura..., la vida.

El ser humano adquiere la capacidad de simbolizar, de dar significado a las cosas que le ocurren. Trasciende, por tanto, del determinismo biológico de la sexuación y lo supera.

La sexuación ya no solo consiste en dos sexos, machos o hembras, y un instinto que automatiza y estereotipa la conducta sexual, sino que genera los modos diversos de ser mujer u hombre, y la pulsión erótica, flexible y dinámica, que impulsa a los individuos hacia el encuentro íntimo. Los afectos y las emociones inherentes forman parte de la experiencia.

Todo ello es objeto del estudio de la sexualidad humana, una realidad multidimensional que exige enfoques interdisciplinarios. La Psicología de la sexualidad es uno de ellos.

En este esfuerzo de estudiar el hecho sexual humano, como diría Efigenio Amezcua, encontramos dos modos de abordaje: a) Los intentos de crear una nueva ciencia, la sexología, ciencia autónoma compendio de otras afines. b) Las aportaciones que se han hecho desde las diferentes disciplinas.

En relación con el primer punto hay que remontarse a principios del siglo XX, cuando surge en Berlín un foco en torno a los estudios referidos a la sexualidad, donde se puede situar el embrión de la sexología moderna. Es en este momento cuando se acuña el término genérico de sexología y se apuntan las bases de lo que puede llegar a ser una ciencia autónoma, destacando su carácter multidisciplinar. Los autores más representativos fueron:

- Iwan Bloch (1872-1922), quien introdujo el campo de la sexología dentro de las ciencias sociales, sustrayéndolo del exclusivo campo de la medicina. Sus estudios conectaron la sexología con la antropología y la etnología, aunque no abandonó por completo el campo de la biología. En un artículo titulado «La vida sexual de nuestro tiempo», fue el primero en defender la posibilidad de crear una nueva ciencia cuyo objeto fuese el estudio interdisciplinar de la sexualidad humana. Acuñó el término «*Sexualwissenschaft*», que puede ser traducido como «Sexología» o estudio interdisciplinar de la sexualidad. En 1907 publicó *La vida sexual en nuestro tiempo en sus relaciones con la civilización moderna*. Creó la revista *Escritos de Sexología* (1908). En esta publicó un artículo titulado «Los objetivos y contenidos de la sexología», donde planteó una propuesta de lo que podría ser la ciencia sexológica. Fundó la primera Sociedad Sexológica Internacional.
- Magnus Hirschfeld (1868-1935) fue un íntimo colaborador de Bloch. En 1908 publicó tres artículos en la revista *Escritos de Sexología* que, junto a los escritos de Bloch, intentan sentar la bases de la nueva ciencia: «Para introducir la sexología», «Campos de la sexología» y «Métodos de la sexología». En ellos defiende la necesidad del enfoque interdisciplinar, propone catorce campos de estudio preferente y siete métodos de especial aplicación al estudio de la sexualidad (experimental, etnográfico, filológico, histórico, estadístico, autobiográfico, biográfico y de encuesta o de cuestionario). En 1919 fundó el Instituto Magnus Hirschfeld de Investigaciones Sexológicas, centro de investigación, tratamiento y consulta, abierto al público y gratuito. En este entorno, colaboraron numerosos autores entre los que cabe destacar a Marx Marcuse, quien facilitó la edición del primer *Diccionario de Sexología*, y la reedición de la revista *Estudios de Sexología*, cuya publicación se había interrumpido por la Primera Guerra Mundial. Bajo la iniciativa de Hirschfeld, en 1921 se celebró el Primer Congreso Internacional de Sexología del que saldría la Liga Mundial para la Reforma Sexual, que llegó a contar con 130.000 miembros entre los que estaban H. Ellis y W. Reich. Su disolución fue provocada por la destrucción del Instituto por los nazis al ser considerado un centro de actividades antialemanas.

- Después de la Primera Guerra Mundial, algunos autores españoles entraron en contacto con el Movimiento Sexológico Internacional y así conocieron la obra de Ellis, Hirschfeld y otros, y se asociaron a la WLSR (*Wesliga fur Sexual Reform*) creada en Copenhage 1928 por Leunbach, a partir de la cual se organizaron varios congresos internacionales. Pronto se formó una sección española dentro de la misma, que se denominó Liga Española para la Reforma Sexual sobre bases Científicas. Se creó la *Revista de Sexualidad*, semanario publicado entre 1925 y 1928. Este movimiento culminó con la creación en 1932 de la Revista *Sexus*, órgano de difusión de la Liga. El comité de redacción estuvo integrado por intelectuales de gran prestigio como: Dr. Vital Aza, Dr. Haro García, Dr. Luis Huerta, Dr. Luis Juarros, D. Luis Jiménez de Asúa, Dr. Gregorio Marañón, D. José María Otaola, D. Mariano Ruiz Funes y D. José Sánchez Covisa. Su secretaria fue Hildegart, una de las personas más activas dentro del movimiento. En esta revista se publicaban textos de Ellis, entrevistas a Hirschfeld y artículos de todos los miembros del comité de redacción y otros autores entre 1932 y 1936.
- La intervención de los nazis en Europa y la destrucción del Instituto Hirschfeld, por un lado, la guerra civil en España y el acceso al poder de la dictadura sustentada en el autoritarismo de la extrema derecha, por otro, desbarataron los avances europeos en los estudios sexológicos. A partir de ese momento adquieren mayor importancia los avances sexológicos desde las especialidades. Surgen hitos importantes como los estudios sociológicos acerca del comportamiento sexual realizados por Alfred Kinsey en la Universidad de Indiana, las investigaciones acerca de la respuesta sexual de Williams Masters y Virginia Johnson, los estudios acerca de la identidad de género de John Money en el hospital Hopkins, las aportaciones acerca de lo que se puede considerar «la nueva terapia sexual» propuesta por Helen Singer Kaplan, todos ellos en Estados Unidos.
- En España, superada la dictadura, Efigenio Amezcua recupera la tradición sexológica europea y funda en Madrid el Instituto de Sexología (Incisex) sobre las bases de la Sexología como ciencia del hecho sexual humano. Durante más de cuarenta años ha contribuido a la formación de numerosísimos profesionales. Posteriormente, por evolución natural, y por diversas escisiones de grupos de profesionales, han ido apareciendo otras organizaciones similares que han contribuido al fomento de los estudios sexológicos y a la formación de profesionales.

En el ámbito universitario la figura más relevante es Félix López en la Universidad de Salamanca. Catedrático de Psicología de la Sexualidad,

fue el primer profesor universitario que logró introducir en el plan de estudios de Psicología la asignatura Psicología de la Sexualidad. Posteriormente, otras universidades fueron incorporándola con uno y otro formato. Con él se crea un foco universitario de producción científica y formación de profesionales, no solo en la formación básica, sino en la especializada a través del master universitario de formación en sexología que dirigió en Salamanca.

La obra de Félix López relacionada con los estudios sexológicos es amplísima, por ello se ha convertido en un referente. Temas como la sexualidad infantil, adolescente, de los adultos y de los mayores, las agresiones y el abuso sexual infantil desde la perspectiva de la protección infantil, la educación sexual, incluida la de las personas con discapacidad tanto física como intelectual, han sido sus focos de interés. Su desarrollo ha generado una bibliografía que merece ser destacada.

Entre todas sus aportaciones, a mi modo de ver, destaca de manera brillante la incorporación de la teoría del apego a la experiencia erótica en la comprensión de la relación entre los afectos y la sexualidad. Félix López fue el introductor de la teoría del apego en este país y el impulsor de las primeras investigaciones que han dado lugar a una amplia multiplicación de proyectos. Ello ha sido realmente relevante no solo en el conocimiento de la sexualidad humana, sino de la psicología en general.

En el ámbito de la investigación ha dirigido numerosos proyectos de investigación y ha dirigido decenas de tesis doctorales en el campo del conocimiento de la sexualidad.

Sin duda, en la universidad española se han realizado muy valiosos trabajos de investigación que han generado un volumen importante de conocimiento en este ámbito y sería prolijo citarlos en este momento. No cabe duda de que estos han contribuido a ensanchar el campo del conocimiento acerca de la sexualidad humana.

* * * *

Como vemos a través de estos leves trazos históricos, los estudios y la intervención en el campo de la sexualidad humana se han enfocado bien desde la perspectiva de la Sexología, en tanto que ciencia del hecho sexual humano, o desde las especialidades, es decir, desde las distintas disciplinas. Tal y como ya hemos indicado, la sexualidad humana tiene un carácter multidimensional, por tanto el acceso a su conocimiento debe ser interdisciplinar.

La presente obra *Psicología de la sexualidad*, como indica el propio título, trata de hacer una aportación a la comprensión de la sexualidad humana desde una de las disciplinas como es la Psicología.

El debate permanente entre naturaleza y cultura, entre lo heredado y lo adquirido, ha contribuido a una cierta polarización en los estudios sexológicos hacia la biología o hacia la cultura. Este libro opta, no tanto por los fenómenos culturales o por los estrictamente biológicos, sino por la integración de ambos en la experiencia psicológica individual del modo de la sexuación.

Esta es inherente a la conciencia que uno tiene de sí mismo y aporta al individuo una de las motivaciones más intensas que le impulsan hacia la búsqueda de placer erótico y con él al contacto con el otro en la intimidad.

Por tanto, el propósito de este libro consiste en aportar conocimiento acerca del proceso a través del cual llegamos a ser mujeres u hombres, al modo en que desarrollamos la conciencia de serlo, es decir, al desarrollo de la identidad sexual y de género. Otro de los propósitos consiste en profundizar en el deseo erótico y su configuración, siendo esta la motivación principal que explica los comportamientos sexuales y su relación con afectos y emociones.

Los contenidos del libro se estructuran en nueve unidades que permiten realizar un recorrido a través de los aspectos psicológicos de la sexuación:

- Las dos primeras unidades (1 y 2) permiten hacer una aproximación previa al estudio de la sexualidad. La primera está dedicada al estudio del concepto de sexualidad y marca el campo de referencia donde se incardinarán las siguientes unidades. La segunda unidad está dedicada al estudio de las actitudes hacia la sexualidad. Su contenido contribuye a señalar la importancia de las actitudes hacia la sexualidad (eroto-fobia-erotofilia, sentimientos de culpa sexual) tanto en la promoción de salud sexual como las dificultades en la intervención en cualquier aspecto relacionado con la sexualidad, dada la complejidad ideológica que esta conlleva.
- Las tres siguientes unidades (3, 4 y 5) están dedicadas a los aspectos estructurales de la sexuación humana como son la construcción de la identidad sexual y de género, la configuración del deseo erótico y su regulación, así como los afectos y emociones que interfieren en las relaciones afectivo-sexuales de las personas.
- Las dos siguientes unidades (6 y 7) están dedicadas al desarrollo psicosexual, sexualidad en la infancia y en la adolescencia, y la sexualidad en los adultos.
- Por último, las siguientes unidades (8 y 9) están dedicadas al estudio de la experiencia erótica que consiste en la integración de la respuesta sexual humana en el conjunto de la psicología individual y sus exigencias en la interacción. En la unidad 9 se expone una aproximación, una introducción, al ámbito clínico de las dificultades y trastornos en este espacio.

En términos psicológicos, la palabra felicidad resulta excesivamente grande. Los psicólogos nos conformamos con contribuir a que las personas con las que trabajamos alcancen un estado razonable de bienestar. Ello se logra dando satisfacción a las necesidades básicas. La satisfacción de la necesidad de vinculación afectiva y las necesidades eróticas contribuyen al bienestar tanto personal como social. Contribuir a ello, a través de la formación de profesionales, es el objetivo principal de este libro.

1. Bases conceptuales de la sexualidad

1. Introducción

La mayoría de los teóricos de la sexualidad humana coinciden en reseñar la enorme dificultad del establecimiento de los límites del concepto de sexualidad. En la actualidad ha sido estudiada y descrita desde diferentes prismas, tanto desde disciplinas científicas, como filosóficas o artísticas. Estas ópticas vienen a ser como las diversas vistas de una escultura. Todo depende del ángulo del que se mire, pudiendo ser pertinentes y complementarios los diferentes enfoques de una misma realidad.

El origen de la sexualidad se inicia cuando la evolución de la vida, es decir, la evolución de las especies, transita del modo de reproducción asexual al sexual. De esta manera se produce la diferenciación de seres complementarios en cada especie, portadores de gametos, como forma óptima de reproducción, y por tanto de supervivencia; desde ese momento se puede hablar de sexo, de sexualidad, de dos formas. Recordemos que la propia etimología del vocablo sexo nos remite al término latino *secare*, cuyo significado es cortar, separar, dividir. Todo lo relacionado con este hecho básico forma parte de la sexualidad.

La evolución hacia la reproducción sexual generó la aparición del dimorfismo, a través del proceso de diferenciación. Por lo tanto, la dimensión biológica relacionada con los cuerpos sexuados forma parte de la sexualidad.

Al cuerpo sexuado le corresponde una experiencia psicológica que se desarrolla en un contexto sociocultural. El ser humano se caracteriza por la

conciencia que posee de sí mismo, por tanto es consciente de su propia identidad. La identidad sexual es una categoría permanente del yo (López, 1986). Todo ser humano se sitúa en el mundo desde su conciencia de pertenecer a un sexo determinado. El modo de vivir e interpretar esta realidad es sexualidad (Amezúa, 1991).

También forma parte de la sexualidad todo aquello relacionado con las atribuciones que las diferentes culturas aplican de manera diferencial a los sexos, construyendo los constructos masculinidad-feminidad, que las personas introyectan a lo largo de su socialización, generando la aparición de la subjetividad en los modos de ser mujer u hombre. Tales constructos se forjan históricamente a través de una relación jerárquica masculino-femenina donde la diferencia tiende a convertirse en desigualdad (Osborne, 1993).

Las relaciones sexuales entre seres humanos han tenido que ser reguladas desde los clanes hasta las complejas relaciones interpersonales de la sociedad moderna. El sentido social de la regulación de los comportamientos sexuales conforme a una ética personal y social, así como las manifestaciones sexuales a través de los grupos y de las culturas, forman parte también de la sexualidad.

Por tanto, no es posible llegar a un concepto cerrado y definitivo de sexualidad. Sería un error pretenderlo puesto que significaría necesariamente la limitación de una realidad pluridimensional. En este sentido, Castilla del Pino (1978) afirma que el hecho de restar ambigüedad al vocablo *sexualidad* sería desvirtuarlo.

Sin embargo, pensamos que es necesario establecer los parámetros esenciales del marco conceptual donde el estudio de la sexualidad humana se desarrolla. Tanto desde la perspectiva histórica, como desde la observación de la realidad actual, entrevemos diferentes concepciones de sexualidad basados, a su vez, en distintos modelos sustentados por diversas ideologías. No es indiferente el punto de partida. No es indiferente el concepto de sexualidad del que se parta, ni para la elaboración teórica, ni para la intervención tanto clínica como educativa.

Por ello, el objetivo que este capítulo persigue consiste en realizar una aproximación al concepto de sexualidad, que marque la referencia teórica en el que su estudio se inscribe y que nos permitirá establecer la perspectiva psicológica de la sexualidad y sus implicaciones.

2. El origen del sexo y su naturaleza biopsicosocial

Etimológicamente, el término *sexo* proviene del término latino *sexum* y este, a su vez, del término *secare*, que significa: separar (Rathus, Nevid, y Fichner-Rathus, 2002).

La evolución de las especies dio un salto cualitativo fundamental: el paso de la reproducción asexual a la sexual. El origen de la sexualidad se establece en el momento en que la reproducción sexual exige la creación de dos formas, de dos sexos.

En efecto, las distintas especies han actuado en función de su propia supervivencia, por su perdurabilidad, desde el origen mismo de la vida. Desde un punto de vista filogenético, el sistema reproductivo es esencial para ello. En el origen la reproducción es asexual. Una célula madre se divide en dos células hijas idénticas (mitosis). Las ventajas de la reproducción asexual se centran fundamentalmente en su facilidad y rapidez. Sin embargo tiene el gran inconveniente de la escasísima variabilidad de la descendencia y por tanto su limitada capacidad de adaptación al medio.

Ante esta situación las especies han seleccionado diferentes modos o sistemas de adaptación. La reproducción sexual ha sido la opción más eficaz. Esencialmente, el intercambio genético de dos seres hace posible que se creen otros diferentes e irrepetibles. Las ventajas de este tipo de reproducción estriban en el hecho de la mayor variabilidad de la descendencia, de ahí su mayor capacidad de adaptación.

La evolución ha hecho necesaria la aparición de dos formas diferentes y complementarias en cada especie, portadoras de los gametos, células en las que se ha producido la reducción cromosómica (meiosis), cuya fusión dará lugar a un nuevo ser. Para ello, cada forma, de cada sexo, se ha tenido que especializar de una manera espectacular para generar un gameto específico. Desde un punto de vista anatómico, los cuerpos han tenido que diferenciarse para hacer posible la fecundación. Fisiológicamente, la diferenciación también ha generado los sistemas conductuales necesarios que hacen posible la reproducción.

En definitiva, la reproducción sexual ha provocado la génesis del *dimorfismo sexual*. No pretendemos aquí desarrollar el tema de la evolución de las especies, tan solo puntualizar que el origen del sexo, por tanto de la sexualidad, se establece en el momento en el que aparece el dimorfismo sexual. Las consecuencias de este hecho fundamental se manifiestan desde los niveles biológicos más elementales, hasta la complejidad del comportamiento sexual humano.

La diferenciación sexual no afecta solo a las formas sexuales, sino también a la génesis del impulso sexual. En términos evolutivos, la evolución de las especies se logró a través del éxito del sistema sexual de reproducción que exigió, no solo la creación de dos formas, sino un sistema de atracción entre ellas. El origen del erotismo, del deseo sexual, de la atracción sexual, de la respuesta diferencial a estímulos con valor erótico, forma parte también del proceso de sexuación.

En la aproximación al concepto de sexualidad que estamos defendiendo, pretendemos ofrecer una visión integradora de las diferentes disciplinas,

por ello, cuando hablamos del dimorfismo no nos referimos exclusivamente a la razón biológica, sino al proceso por el cual llegamos a ser lo que somos en términos sexuales que, sin duda, se produce a través de la integración de los diferentes niveles que intervienen en la sexuación.

Es necesario aclarar que el concepto de dimorfismo lo empleamos con un significado referencial. Este concepto hace referencia a la génesis de dos formas, sin embargo esta realidad no es incompatible con el concepto de «diversidad». Si se utiliza el concepto «dimorfismo» desde su valor de referencia y no como la formación estereotipada de dos formas, es perfectamente comprensible el concepto de «diversidad». De ahí que la homosexualidad, la transexualidad, las identidades sexuales en general, sean también el resultado del proceso de sexuación cuyo origen parte de la génesis del dimorfismo. Por todo ello, el estudio científico de la sexualidad se caracteriza por su carácter multidisciplinar.

Vistas sintéticamente las bases biofisiológicas, el proceso de sexuación tal y como aquí se contempla tiene una evidente *dimensión psicológica*. La conformación de la identidad global del ser humano es evidentemente sexuada. Es decir, no podemos entendernos a nosotros mismos sin la dimensión sexual. Nos situamos en el mundo en tanto que personas sexuadas, a partir de nuestro cuerpo sexuado y en relación con los demás en un entorno portador de un discurso acerca de la sexualidad. El modo de integrar y expresar esta experiencia en el desarrollo personal subraya la experiencia psicológica de la sexuación humana. Dada su importancia, esta cuestión se desarrollará con mayor profundidad en los capítulos dedicados al desarrollo de la identidad y al deseo sexual.

El proceso de sexuación posee también una *dimensión social* en la medida en que la especie humana es gregaria. La sexuación se expresa en relaciones interpersonales y comportamientos sexuales. Todo ello ha sido regulado de distintos modos a lo largo de la evolución. Los etólogos explican la importancia de la regulación del comportamiento sexual dentro de las diferentes especies. El éxito de la adaptación está relacionado con un sistema de relaciones que regulan las jerarquías, las prioridades de acceso a la cópula, los territorios, etcétera.

En este sentido, las relaciones humanas han sido estudiadas por los antropólogos y los sociólogos. Desde el punto de vista de los comportamientos sexuales, uno de los principios universales que las regulan es el tabú del incesto. Su fin principal es evitar la endogamia y favorecer el intercambio con otros grupos. En este sentido, las relaciones sociales han regulado el comportamiento sexual y las relaciones familiares con el fin de hacer posible la estabilidad dentro de los grupos y, como hemos dicho, favorecer el intercambio con los otros grupos, todo ello al servicio de la evolución de las especies.

El hecho social ha influido en la sexuación de una manera determinante en el desarrollo de las identidades sexuales. Considerado el género como el conjunto de atribuciones que la cultura ha ido desarrollando respecto a la realidad sexo, estas configuran los constructos masculinidad-feminidad. A través de estos constructos y en la relación asimétrica entre los grupos se han ido construyendo las subjetividades masculino-femeninas. Ello lo desarrollaremos en el siguiente capítulo.

Desde un punto de vista crítico debemos decir que la regulación de la sexualidad¹ en la humanidad ha sido una de las principales palancas de control social. Por un lado, en lo que se refiere a la represión del impulso sexual. Reprimiéndolo se logra un importante control social (Foucault, 1976). En ello las religiones han jugado un papel preponderante (González Duro, 1976). La represión del impulso sexual y su canalización afecta en general a los seres humanos y en particular a las mujeres, a las personas homosexuales y a las personas transexuales.

Más allá del impulso sexual, la regulación social de los comportamientos sexuales ha legitimado la desigualdad entre las mujeres y los hombres que surge del propio dimorfismo a partir del establecimiento de una relación jerarquizada, de tal modo que las mujeres han sido consideradas bajo un estatus inferior a los hombres. Tal consideración se expresa en el imaginario social, en la narrativa simbólica, en la construcción de la subjetividad, en la percepción de la realidad, en las pautas educativas, etc., generando la estructura responsable de la construcción social de los sexos.

En resumen, podemos decir que el origen del sexo lo podemos establecer en el tránsito de la reproducción asexual a la sexual, hecho que se produjo por necesidades adaptativas, supervivenciales. Sus consecuencias, como hemos visto, generan los tres pilares básicos en los que se sustenta la sexualidad humana: las bases *biológicas*, *psicológicas* y *sociales*.

El origen mismo del sexo establece un modelo biopsicosocial, en la comprensión de la sexualidad humana, premisa ampliamente aceptada por los principales teóricos e investigadores de la sexología moderna (Carrobbles, 1990; Byrne, 1986; Reiss, 1983; Geer y O'Donohue, 1987; López y Fuertes, 1989).

3. Algunas aproximaciones conceptuales

Si, tal y como afirmamos, los humanos somos seres constitutivamente sexuados por mor de la propia evolución de las especies, la sexualidad es la

¹ La regulación de la sexualidad se refiere a dos grandes dimensiones: 1.- La regulación de las relaciones mujeres-hombres 2.- La regulación del deseo erótico y los comportamientos derivados de él.

manera de vivir tal realidad. Esta es una primera aproximación amplia y genérica. Tal y como afirma Merleau-Ponty (1945), la sexualidad es una realidad existencial, no podemos entendernos a nosotros mismos sin ella, como tampoco nuestra manera personal de situarnos en el mundo. Trataremos a continuación de desarrollar estas ideas, viendo algunas propuestas conceptuales.

1. Efigenio Amezúa (1979) (1991) propone un triple registro para comprender la sexualidad. El primer registro se refiere al «sexo». Este término, claramente polisémico, posee múltiples acepciones. Veamos algunos ejemplos. Sexo como género: «Dígame su nombre, profesión y sexo.» – «Me llamo de esta manera, me dedico a tal cosa y soy mujer (o varón)».

Sexo como genital: «[...] anciano hermoso como la niebla – que gemías igual que un pájaro – con el sexo atravesado por una aguja». (Federico García Lorca. «Oda a Walt Whitman»).

Sexo como actividad erótica: «*Sexo, drogas y rock and roll*» (frase atribuida al movimiento hippie de la década de los sesenta).

Por encima de todas estas acepciones Amezúa utiliza este término en su significado esencial: sexo es la constitución. Los seres humanos somos constitutivamente sexuados, nos constituimos como seres sexuados a través del proceso de sexuación. Tal y como dice Merleau-Ponty, hay ósmosis entre sexualidad y existencia.

El segundo registro se refiere a la «sexualidad». Para Amezúa la sexualidad es el modo de vivir la propia sexuación, es la manera de ser mujer u hombre. A partir del sexo, de la propia constitución, la sexualidad es la manera propia de vivirla. Existen tantos modos de vivir la sexuación, tantas «sexualidades» como personas. Por tanto, lejos de apuntalar los estereotipos sexuales, esta concepción expresa la gran plasticidad de la sexuación, por tanto, la diversidad.

El tercer registro se refiere a la «erótica». Se trata de la expresión del modo de vivir la propia sexuación. Si la resultante final es el modo en que un ser humano se vive a sí mismo como mujer u hombre, la erótica es todo aquello que una persona hace para expresar su propia sexuación. La erótica se refiere a los modos de expresar la propia identidad y el deseo erótico que se manifiesta a través de imágenes, de símbolos, de emociones y sentimientos.

Posteriormente Amezúa incluyó un cuarto registro: La «amatoria» (*ars amandi*). Este nuevo registro se refiere a la experiencia profunda de la experiencia erótica. Si coito proviene del latín *co-ire*, que significa «ir juntos», la amatoria hace referencia a la experiencia profundamente íntima que se produce en el encuentro entre dos per-

sonas, más allá de la mera conducta coital. Es esta experiencia de la intimidad erótica la que, sin duda, diferencia a los seres humanos del resto de la especie de la escala filogenética².

2. No podemos reflexionar acerca del concepto de sexualidad sin considerar las aportaciones de Félix López y Antonio Fuertes (López y Fuertes, 1989), de obligada referencia en los estudios sobre la sexualidad humana. Propone los siguientes puntos de aproximación al concepto de sexualidad. El concepto de sexualidad hasta aquí perfilado, basado en las dimensiones biológica, psicológica y social hace referencia a dos puntos esenciales: a) La génesis de dos formas, de dos cuerpos. b) La génesis de la motivación sexual, el deseo erótico, responsable de los comportamientos sexuales.

- En relación con el primer punto, Félix López considera que:

La sexualidad es el modo en que «integramos» y manifestamos en deseos y comportamientos los diferentes niveles del sexo (López, 1984).

La palabra clave sin duda es: «integración». Lejos de contraponer lo genético a lo adquirido, la naturaleza a la cultura, la sexualidad es sobre todo integración. Admitamos el debate que se establece entre las posturas más biologicistas que tienden a legitimar los modos de ser mujer u hombre, primando esencialmente los principios biológicos, y las posturas más culturalistas, fundamentalmente desde el feminismo, que tienden a minimizar las bases biológicas frente a la construcción social. Siendo prudentes, no podemos rechazar ninguno de los puntos del debate. La integración de todos los niveles que intervienen en la sexuación desde los biológicamente más simples, hasta los psicosocioculturales más complejos, nos explica la resultante, es decir, el modo sexuado de ser persona. En todo caso, el debate se puede establecer en el peso con que cada factor contribuye, considerando que la construcción social de las identidades se desarrolla en un contexto, hoy por hoy, de desigualdad.

Los niveles que conforman el hecho sexual se expresan en una «dualidad» masculino-femenina resultado de un largo proceso de diferenciación (López, 1984).

Se trata de una dualidad referencial, es decir, sea cual sea el propio proyecto de sexuación, es inevitable situarse en relación con la referencia. Las

² La teoría del apego es un marco realmente interesante para profundizar en lo que Amezúa (2001) denomina «ars amandi» o «amatoria» como cuarto registro. En este sentido invito a consultar la monografía *Apego y sexualidad. Entre el vínculo afectivo y el deseo sexual* (Gómez-Zapiain, J., 2009) publicado en esta misma editorial.

posturas más conservadoras e intransigentes tienden a proponer los prototipos «mujer», «hombre», rígidos e inmutables, además, tienden a establecer una relación jerárquica a favor de los hombres. Sin embargo, la concepción de sexualidad que defendemos entiende la sexuación como un proyecto enormemente flexible y plástico donde los conceptos «mujer» «hombre» tienen un valor referencial. Recordemos que como resultado de la sexuación habría tantos modos de ser mujer u hombre como personas. Por ejemplo, una persona transexual o transgénerica, por irnos a situaciones extremas, sería para esta concepción el resultado de su propio proyecto de sexuación. Deberían, por tanto, defender su propia identidad, la que estas personas decidan desde su realidad, y ajustar, integrar y asumir las posibles contradicciones, para llegar a ser mujer u hombre a su modo, para sí mismos y para los demás. Vemos que, incluso en esta situación extrema, el proceso se desarrolla en función de una referencia genérica de sexuación. La variable sexo funciona más como una referencia en el proceso que como una categoría inmutable.

Una de las ideas más interesantes de la aproximación al concepto de sexualidad propuesto por Félix López es la noción de «mediación». Para él:

La sexualidad no sólo mediatiza todo nuestro ser, sino que también es mediatizada por él. Esta mediación se produce a través de procesos a) biofisiológicos, b) cognitivo - lingüísticos, y c) afectivo - emocionales (López y Fuertes, 1989).

Si consideramos al ser humano en su totalidad, la dimensión sexual forma parte del eje que lo constituye. Por tanto, el ser humano está mediatizado por su propia sexuación, por el desarrollo de su constitución sexuada, por sus bases biofisiológicas, por su herencia genética. La sexuación, como veremos más adelante, genera el cuerpo sexado, la imagen corporal. El efecto que esta produce en el medio social mediatiza la construcción de la propia identidad en la medida en que la cultura aplica sus referentes acerca de los estereotipos de género.

Los procesos cognitivos mediatizan la sexualidad en la medida en que la estructura cognitiva conforma la identidad, los contenidos del deseo erótico, las actitudes y los comportamientos. El procesamiento de la información permite integrar contenidos cognitivos bien dispares. Baste pensar en los diferentes contenidos acerca de la sexualidad procedentes de planteamientos bien conservadores, bien progresistas. Otro de los niveles de mediación y mediatización corresponde al ámbito afectivo-emocional. Como veremos en el capítulo correspondiente, tanto el desarrollo de la propia identidad sexual y de género, como la experiencia erótica, pueden estar seriamente mediatizadas por afectos y emociones relacionados generalmente con la intimidad. Las actitudes hacia la sexualidad son otra fuente impor-

tante de mediación. Tal y como desarrollaremos en el siguiente capítulo, los sentimientos de culpa hacia la sexualidad (Mosher, 1979) y la actitud positiva o negativa en términos de erotofobia-erotofilia constituyen una mani-fiesta mediación, en este caso sobre todo en la experiencia erótica.

- En relación con el segundo punto:

La sexualidad³ es sentida, vivida como búsqueda de placer. No es posible anular el deseo sexual (López y Fuertes, 1989).

Como ya hemos indicado, el deseo erótico es una de las dimensiones esenciales de la sexualidad. Es vivido como una experiencia emocional subjetiva. Como toda emoción, genera una tendencia de acción hacia la búsqueda del placer a través de experiencias eróticas, vividas de manera autoerótica o compartida, con personas del mismo o distinto sexo. Esta consideración tan evidente ha sido negada por la religión cristiana cuya moral, en su versión más intransigente, declaraba el placer pecado y el sufrimiento virtud. El sentimiento de culpa hacia el placer erótico ha sido utilizado como un instrumento eficaz en la imposición de la moral sexual dominante. Afortunadamente vivimos en una sociedad democrática que respeta las libertades. Por ello, tal y como afirma Félix López, el deseo sexual, siendo una dimensión de la sexualidad, es vivido como búsqueda de placer y no es posible anularlo. En consecuencia, el deseo sexual debe ser conocido, reconocidas sus manifestaciones, vividas con naturalidad, integradas en la propia identidad y regulado conforme al conjunto de valores y opciones personales.

La satisfacción sexual no está prefijada de antemano (López y Fuertes, 1989).

A diferencia del comportamiento instintivo de especies subhumanas, la satisfacción del deseo sexual en los seres humanos no tiene prefijados sus destinos. Existen multitud de maneras, de formas de estímulos diferentes muy personalizados (Le Vay, 1993). Tal y como indicó Freud (1972), la pulsión sexual es una realidad limítrofe entre lo biológico y lo psíquico enormemente flexible, de tal modo que el deseo sexual puede ser satisfecho directa y libremente, puede ser reprimido, aplazado, sublimado, etc. Desde el punto de vista del desarrollo personal, nos parece adecuado contribuir a que cada persona comprenda mejor la dinámica de su propio deseo sexual, sea capaz de regularla, haciendo uso de la razón, la «razón lúcida» en términos del propio Félix López, tenga las suficientes habilidades sociales como para compartir la satisfacción con la persona deseada, tenga la sufi-

³ Obsérvese como la acepción del término sexualidad en esta frase hace referencia a la motivación sexual, deseo erótico, pulsión, etcétera.

ciente capacidad de tolerancia a la frustración como para aceptar los rechazos y disponga de un sentido de la ética de las relaciones interpersonales que le permita satisfacer su deseo en un espacio de igualdad, exento de imposiciones y violencia.

La sexualidad es una gran fuente de riqueza (López y Fuertes, 1989).

Ya hemos indicado la tendencia a reducir la sexualidad a meros comportamientos sexuales; sin embargo, tal y como venimos argumentando a lo largo de este capítulo, se trata de una de las dimensiones esenciales de la arquitectura del psiquismo humano. Exponemos a continuación una elocuente cita de Félix López:

El ser humano puede verse ayudado en la búsqueda de dar sentido a su vida, o por lo menos a soportar mejor las inevitables dificultades y sufrimientos.

Ayuda a encontrar razones para vivir la temporalidad de la existencia, tan amenazada por el sufrimiento, la soledad y la muerte.

Ayuda a cultivar la salud no concebida como ausencia de enfermedad, sino como capacidad de goce y trabajo productivo.

Nos ayuda a salir de nuestra soledad inclinándonos a la búsqueda del encuentro y comunicación con el otro.

Es una salvaguardia contra el trabajo reactivo, sumiso acumulador de bienes porque nos hace valorar el gozo del trabajo creativo y el tiempo de ocio. En este sentido tiene un potencial revolucionario inmenso y puede decirse que es la llave de la revolución de la vida cotidiana.

La sexualidad vivida satisfactoriamente es también fuente de comprensión para con los demás de eliminación de la rigidez y el moralismo, como lo es también de racionalidad, pues no necesita tergiversar, racionalizar los verdaderos motivos de la conducta. Es, en definitiva, una fuente de amor a la vida, de biofilia, de actitud positiva frente a sí mismo, los demás y las cosas.

F. LÓPEZ, *Lecciones de sexología. Introducción e historia* (vol. 1).

Salamanca: Facultad de Filosofía y C.C.E.E.

Universidad de Salamanca, 1984.

- Otra aportación de interés en la aproximación al concepto de sexualidad es la aportada por Herant Katchadourian (1979), quien considera que los significados de la sexualidad podrían agruparse en dos grandes categorías:
 - a) La que hace referencia a la «división orgánica como hombres y mujeres», y a las cualidades que las distinguen.
 - b) La que hace referencia al «comportamiento erótico» y a determinados aspectos físicos o de personalidad, asociada o relacionada con lo erótico.

De acuerdo con este planteamiento, ambos aspectos denotan dos puntos básicos de interés para la comprensión de la sexualidad: El dimorfismo sexual y la motivación sexual. Como vemos en la figura 1.1, el desarrollo filogenético nos conecta directamente con los orígenes del sexo, es decir, con los orígenes de la propia especie. Este, a través de la programación genética, se expresa en la ontogénesis lográndose así el desarrollo del «dimorfismo sexual» responsable de la figura corporal sexuada, base tanto de la identidad sexual y de género, como de la «motivación sexual» responsable del deseo erótico, su configuración, su orientación y de los comportamientos sexuales asociados a él. En definitiva, lo que nos interesa es el resultado final, es decir, el modo de ser mujer u hombre en toda su diversidad. Este resultado final no se puede entender si no es atendiendo al efecto de la cultura en todo el proceso. La cultura en general, desde el origen primitivo de socialización hasta nuestros días, ha ido conformando atribuciones a la realidad sexo, es decir, contenidos acerca del papel que se espera de las mujeres y de los hombres.

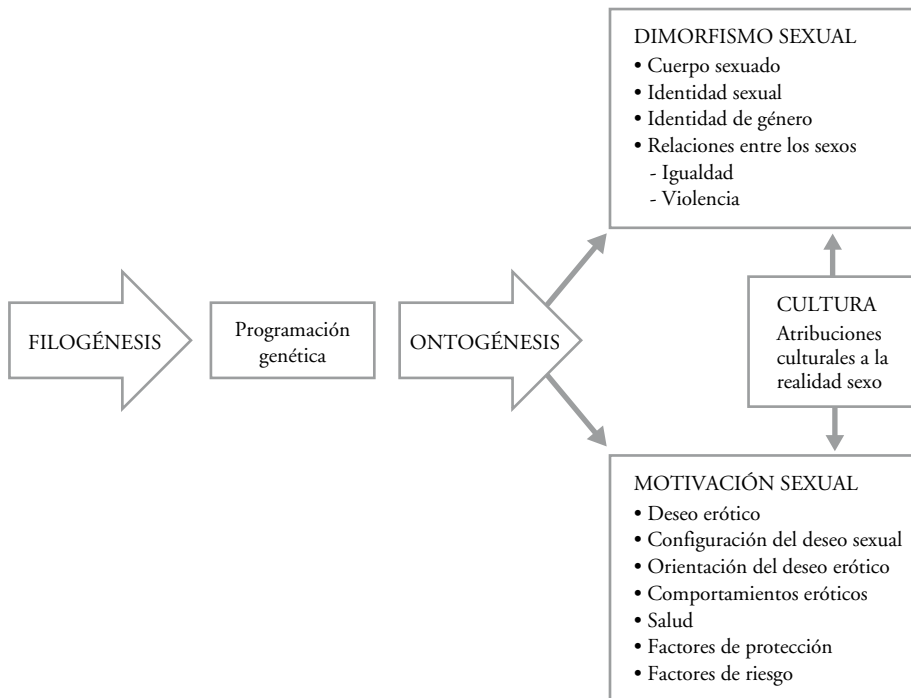


Figura 1.1. El dimorfismo y la motivación sexual, puntos esenciales en la psicología de la sexualidad.

Estos contenidos establecen diferencias que producen relaciones desiguales, asimétricas y jerarquizadas en cuanto a las relaciones de poder a

favor de lo masculino frente a lo femenino. Es indudable que el efecto de la cultura interviene en el proceso de construcción de las identidades.

Ejercicios de autoevaluación

1. Ante la pregunta ¿qué es la sexualidad?, cuáles son los argumentos que utilizarías para fundamentar sus bases conceptuales.
2. Desde el punto de vista etimológico, «*sexo*» proviene del término latino «*se-care*» que significa «cortar», «separar». ¿Qué relación existe entre este término y el concepto de sexualidad?
3. ¿Por qué Amezúa considera que sería más propio hablar de «sexualidades» que de sexualidad?
4. En la aproximación al concepto de sexualidad propuesta por Félix López, en uno de sus puntos dice: «*La sexualidad no tiene prefijados sus destinos*». ¿A qué se refiere?
5. Katchadourian hace una aproximación al concepto de sexualidad basándose en dos grandes categorías ¿Cuáles propone?
6. Cuando Félix López dice: «La sexualidad es una gran fuente de riqueza», ¿a qué se refiere?
7. Extrae las conclusiones que se podrían deducir de cara a la intervención psicológica, educativa o social de la reflexión que este capítulo propone acerca del concepto de sexualidad.

2. Las actitudes hacia la sexualidad

1. ¿Qué son las actitudes?

La actitud es una predisposición hacia el comportamiento. A lo largo del proceso de socialización las personas desarrollan predisposiciones hacia todo tipo de cuestiones. Son disposiciones para valorar favorable o desfavorablemente determinados eventos. En un mero análisis de la realidad observamos que existen multitud de cuestiones que no suscitan una actitud determinada, por ejemplo el espacio estelar, o los vientos alisios. Sin embargo, otros implican una fuerte predisposición, como el racismo, la xenofobia, el liberalismo, el socialismo, el nacionalismo, la homofobia, el machismo. La diferencia se encuentra en que las actitudes son tanto más marcadas y firmes cuanto mayor sea la implicación personal y cuanto más sometida a polémica esté la cuestión objeto de la actitud. La sexualidad en nuestra cultura sigue siendo una cuestión en permanente polémica y supone una fuerte implicación personal.

2. Estructura de la actitud

La actitud forma una estructura compuesta por tres factores (véase figura 2.1): cognitivo, afectivo-emocional y comportamental. Cuanta más cohesión haya entre estos factores, más firme es la actitud y por tanto más difícil es su cambio. Definamos estos tres componentes:

La estructura actitudinal se sustenta en su componente «cognitivo». Es decir, toda actitud se basa en ideas, en cogniciones. El origen de ellas radica en la asimilación de contenidos como resultado del procesamiento de la información que se produce en un contexto social determinado y en relación con un proceso de socialización concreto. Subrayemos aquí que el contexto social puede ser determinante. Por ejemplo, un niño o niña de raza blanca socializados en las pasadas décadas en un ambiente de *apartheid* sudafricano probablemente hayan procesado y asimilado ideas tales como que los negros son inferiores, menos inteligentes, peligrosos, una raza que debe ser gestionada por los blancos que, a su vez, son superiores, más inteligentes, cuyo deber es colocar a los negros en el sitio que les corresponde. Esta raigambre de ideas constituye la base cognitiva en la que se sustenta la más que probable actitud racista de los niños del ejemplo.

Otro de los factores estructurales de la actitud es el «afectivo-emocional». Las emociones son reacciones subjetivas a estímulos especialmente significativos o relevantes que implican, por lo general, una reacción psicofisiológica y una atribución cognitiva. Las emociones desarrollan una función claramente adaptativa al servicio de la supervivencia. Por ejemplo, ante una situación de pánico surge una reacción de miedo, que protege al individuo de la situación amenazante. Los animales cuentan con mecanismos programados genéticamente que les permiten evaluar la situación y defenderse. En este sentido, el estrés es un estado de activación que prepara al organismo para la acción (ataque o huida, haciendo una simplificación). Sin embargo, en los seres humanos, mucho más complejos, la emoción tiene un claro componente subjetivo, se trata de un estado emocional, de «sentimientos» en el sentido más popular (Reeve, 1992; Etxebarria, 1996). Es una experiencia subjetiva porque una misma situación concreta puede ser percibida como amenazante por unos, cuando en realidad no lo es para otros. Pongamos algunos ejemplos: Una persona puede tener una fuerte reacción emocional de miedo yendo de pasajero en un automóvil cuyo conductor está conduciendo por encima de 100 km/h en una carretera vecinal con una temperatura inferior a 0° C. Podemos convenir en que la reacción emocional de miedo, el estrés sentido en esta situación, objetivamente es lógico. Sin embargo, puede que no lo sea un fuerte sentimiento de temor ante un ascensor, hasta el punto de que incapacite a esta persona para su uso. En este último caso no existen razones objetivas para mantener que el uso de un ascensor conlleve un peligro vital. En términos generales, todo ese cúmulo de sensaciones, sentimientos, estados emocionales que concita el objeto de la actitud es lo que constituye su base afectivo-emocional.

Por último, las actitudes tienen una componente «comportamental». La resultante de las dos componentes anteriores marca una tendencia a com-

portarse de manera coherente con el conjunto de la estructura. Por ejemplo, las personas con una actitud racista, ideas y sentimientos coherentes con el objeto de la actitud, tenderán a comportarse de una manera racista más o menos controlada en función del contexto social.

En definitiva, toda actitud es una disposición a actuar de una determinada manera, bien en sentido positivo, o negativo. La actitud es tanto más marcada cuanto mayor implicación personal tenga el asunto de que se trate y cuanta más polémica suscite. Toda actitud se sustenta en ideas, sentimientos y tendencias comportamentales.

Es evidente que la sexualidad no deja indiferente a casi nadie: es un asunto en permanente polémica y tiene una clara implicación personal. En mayor o menor medida, todas las personas tienen una actitud, una predisposición hacia ella, una tendencia a responder positiva o negativamente hacia lo erótico. Posteriormente analizaremos con mayor profundidad la actitud hacia la sexualidad. De momento se debe subrayar, tal y como hemos visto, que esta está compuesta por ideas correctas o incorrectas, por sentimientos positivos o negativos y por una tendencia a comportarse en un sentido u otro, ante cuestiones relacionadas con la sexualidad.

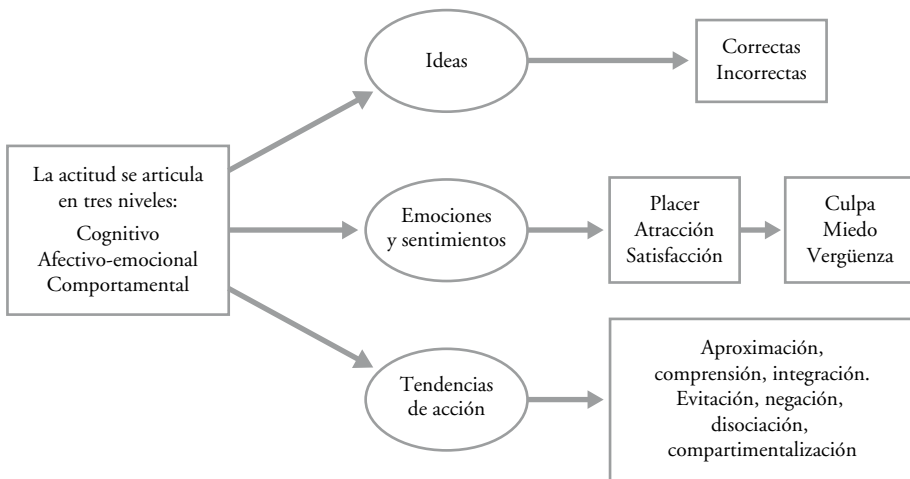


Figura 2.1. Estructura de la actitud.

3. Génesis de actitudes positivas y estrategias para el cambio de actitud

Los tres componentes de la actitud forman un sistema. Recordemos que, según la teoría de sistemas, el sistema es un conjunto de elementos relacionados entre sí cuyo resultado es superior a la suma de sus partes. Todo

sistema tiende al equilibrio. Los sistemas cerrados, incapaces de integrar elementos del exterior, tienden a desaparecer o a patologizarse, mientras que los sistemas abiertos los integran, generando un cierto nivel de crisis, para restablecer un equilibrio superior. Son, por tanto, susceptibles al crecimiento.

Cuanta mayor coherencia exista entre los componentes, más firme será la actitud, y tanto más difícil su cambio. La tendencia será a rechazar los elementos contradictorios con dicha estructura.

Quando observamos las actitudes de las personas ante las cosas, enseguida advertimos que existen algunas firmes que son el reflejo del conjunto de valores, personales o grupales, ante uno mismo, los demás y las cosas, en general positivos, como la solidaridad, la empatía, el ecologismo, la erotofilia, etc., que deberían ser potenciadas. Otras polémicas, como el nacionalismo, el liberalismo, el conservadurismo, el socialismo, etc., que deberían ser respetadas y cuya aproximación a ellas debe efectuarse a través de otra actitud: la tolerancia. Por fin existen actitudes que evidentemente deben ser modificadas o prevenidas, como el racismo, la homofobia, la intolerancia, la xenofobia, el machismo, el sexismo, etc. Por tanto, en términos de intervención psicológica, se deben plantear dos cuestiones: ¿Cómo generar actitudes positivas? ¿Cómo cambiar actitudes que el sentido común pueda determinar como negativas?

3.1 Génesis de las actitudes

Como hemos visto las actitudes están basadas en ideas, sentimientos y tendencias comportamentales. La intervención psicológica y la educación, en sus distintos ámbitos, debe tener como objetivo la formación de actitudes positivas, tolerantes y democráticas. Para la génesis de actitudes positivas hacia la sexualidad es necesario transmitir los conocimientos necesarios en cada edad, inequívocos, exentos de mitos y falacias, científicos, es decir, veraces y suficientemente contrastados. Es preciso asociar dichos contenidos a sentimientos positivos hacia la sexualidad a través de la naturalidad, espontaneidad, emanados a partir de sentimientos de seguridad.

3.2 El cambio de las actitudes

Se deben plantear estrategias de cambio una vez cristalizadas las actitudes que el sentido común puede catalogarlas como negativas respecto a sí mismo, los demás o las cosas. El conocimiento de la naturaleza de la acti-

tud explicado anteriormente nos permite perfilar las estrategias de cambio que explicamos a continuación.

Considerando que la actitud puede ser analizada desde la teoría de los sistemas, podemos aplicar sus reglas. Cuando un elemento nuevo se introduce en el sistema, todo el sistema cambia. Si se modifica alguno de los elementos de la estructura de la actitud, esta tenderá a cambiar. El cambio de actitud puede producirse fundamentalmente si se modifica la base cognitiva que la sustenta, o bien si cambian las reacciones emocionales, los sentimientos, que emanan del objeto de la actitud. Si desde el punto de vista del crecimiento personal nos proponemos modificar aquellas actitudes que consideramos que perjudican un desarrollo psicosexual armónico, necesitaremos analizar en primer lugar la estructura que mantiene esa actitud. Como ya se ha indicado, esta se basará en unas ideas concretas y unas reacciones emocionales específicas. Conocidas estas, podemos contrarrestar estas ideas con una información veraz suficientemente contrastada, desde el punto de vista cognitivo. La componente emocional podrá cambiar en la medida que se produzca algún tipo de confrontación de los sentimientos propios con los de otras personas en las mismas situaciones. El componente emocional tenderá a cambiar si se producen «impactos» emocionales capaces de modificar reacciones emocionales previas.

El cambio de actitudes no es fácil. Cuanto mayor sea la cohesión de su estructura, tanto más difícil será su cambio. Como bien indica la teoría de sistemas (Brofenbrenner, 1979), todo sistema tiende al equilibrio y se resiste al cambio. La introducción de un elemento nuevo en el sistema puede romper el equilibrio, generar una crisis y estructurar un equilibrio superior. Esto ocurre en sistemas abiertos que tienen la capacidad de crecer. Hay sistemas en los cuales la resistencia al cambio es tan firme que impide la integración de elementos nuevos, se «esclerosa».

En el ámbito de las relaciones humanas este fenómeno explicaría la génesis de determinadas patologías, tal y como lo explican los teóricos sistémicos de la terapia familiar. Por otro lado, la modificación de uno solo de los componentes no siempre es suficiente para el cambio. Por ejemplo, la modificación de las ideas que mantienen una actitud negativa colabora con el cambio de esta. Sin embargo, la mera transformación de los contenidos cognitivos no es suficiente para que se produzca el cambio si no se modifican al mismo tiempo los anclajes emocionales que sustentan y mantienen esa actitud.

Pongamos algún ejemplo: un hombre que se haya preocupado por las relaciones personales y sociales, que sea sensible a las cuestiones relacionadas con la igualdad entre mujeres y hombres, que haya estudiado el tema y tenga incluso razones para defenderla hasta el punto en que él pueda considerarse a sí mismo como ideológicamente «feminista», puede verse trai-

cionado por un comportamiento claramente machista en situaciones concretas.

Otro ejemplo, una persona podría considerarse abierta y progresista respecto a la sexualidad, preocupada por el tema, podría estar muy documentada sobre cuestiones sexuales; sin embargo, de una manera un tanto incomprensible para él o ella, podría tener importantes sentimientos negativos respecto a vivencias sexuales como la masturbación, la expresión de sus deseos eróticos, etc., cuando parecía que intelectualmente las cosas estaban claras.

Vemos en ambos ejemplos que los contenidos cognitivos son necesarios pero, en ocasiones, no suficientes para el cambio de actitudes. Solo confrontaciones emocionales de determinada intensidad pueden producir cambios. En relación con lo que acabamos de exponer, cuando un elemento nuevo, bien sea cognitivo, o bien emocional, trata de introducirse en la estructura de la actitud, pueden producirse las siguientes reacciones que mostraremos a través del siguiente ejemplo: se trata de un hombre que tiene una fuerte actitud homofóbica. Analizaremos los componentes propios de la actitud. La firmeza y cohesión entre los componentes la mantienen inmovible. Este hombre cognitivamente pensará: «Todas las personas homosexuales son peligrosas y poco fiables». Emocionalmente sentirá malestar, ansiedad, inquietud ante la presencia a solas con una persona homosexual. Desde el punto de vista comportamental, mostraría una fuerte tendencia a evitar tal situación.

Imaginemos que tiene una experiencia positiva con un hombre homosexual. Las circunstancias hacen que ambos tengan que realizar una tarea en la empresa en la que trabajan que les obliga a estar juntos. El hombre homófobo se siente muy intranquilo, ansioso, pero puede realizar el trabajo con su compañero. La experiencia laboral ha sido positiva.

El proceso de cambio de actitud suele producirse a través de fases sucesivas.

- La primera fase que analizaremos consiste en el «rechazo» de la integración del elemento nuevo surgido de su experiencia. La situación sería la siguiente: parecía que una experiencia directa con la persona homosexual podía haber modificado la actitud. Ha podido comprobar que la orientación sexual de su compañero no afecta en absoluto a la tarea en común. Además, no se confirman sus prejuicios acerca de las personas homosexuales. La experiencia directa entre los dos es el elemento nuevo que se introduce en la estructura de la actitud. En este caso, y desde el punto de vista sistémico, la resistencia al cambio es superior a la necesidad del mismo y se produce el rechazo de ese elemento, manteniéndose firme la actitud homófoba.

La estructura actitudinal sería la siguiente: desde el punto de vista cognitivo él piensa: «Todos los homosexuales son poco fiables. Este parece que no, pero en el fondo lo es». Mantendría un malestar de fondo ante la presencia a solas con un hombre homosexual. Seguiría manteniendo una intensa tendencia a evitar tal situación.

- La siguiente fase consiste en la «escisión» de la estructura. Supongamos que él llega a estar francamente cómodo en otra situación similar. El tiempo laboral pasado juntos hace que se cree confianza y bienestar entre ellos. Ello le supone un cierto impacto emocional positivo dada la intensidad de lo vivido. La evidencia de la experiencia vivida genera una cierta disonancia cognitiva, es decir, sus creencias no se corresponden con la realidad, y no se cumple la expectativa de la reacción emocional. Sin embargo, en este caso domina la resistencia al cambio y la tendencia a mantener el equilibrio anterior. El resultado puede ser de la siguiente manera. La persona del ejemplo pensaría: «Todos los homosexuales son poco fiables, este es una excepción». Desde el punto de vista emocional, tendería al bienestar con esa persona en concreto. Desde el punto de vista comportamental, mostraría una tendencia moderada a evitar situaciones similares. Vemos cómo la actitud comienza a debilitarse al aparecer fisuras en su estructura, pero se tiende a la situación anterior.

Finalmente, los elementos introducidos en el sistema ponen en crisis la estructura, se rompe la cohesión entre sus elementos y el propio sistema se ve obligado a estructurar un equilibrio nuevo y superior. La circunstancia laboral ha logrado que la persona homófoba haya podido comprobar que no se cumplen sus expectativas acerca del peligro de los homosexuales. La experiencia le ha permitido apreciar a su compañero homosexual, comprobar la insensatez de sus prejuicios. Le ha permitido percibir la valía de su compañero, su calidad personal, sus cualidades, sus valores. La experiencia laboral le ha despertado sentimientos positivos hacia él, de hecho se han hecho amigos, su amistad le ha permitido conocer a otras personas, hombres y mujeres homosexuales. Desde su heterosexualidad ha podido comprobar que la orientación sexual es otro modo de ser y afrontar la vida. Vemos cómo ha tenido que modificar sus ideas acerca de la homosexualidad, y la relación con él le ha creado una fuerte confrontación emocional que ha provocado el cambio de actitud. El resultado puede ser el siguiente: «Los homosexuales no son peligrosos, puede que haya alguno que lo sea, como en cualquier otro ámbito de la vida». Desde el punto de vista emocional vemos cómo, en esta fase, la persona del ejemplo desarrolla sentimientos positivos de seguridad y satisfacción ante personas homosexuales. Desde el punto de vista comportamental, ha desaparecido su ten-

dencia comportamental a evitar situaciones compartidas con personas homosexuales.

4. Actitudes hacia la sexualidad

Como hemos visto, la actitud hacia la sexualidad es una disposición hacia la misma. Esta puede ser positiva o negativa (véase figura 2.2). Toda persona estaría situada en un continuo que va desde la positividad hasta la negatividad. La actitud positiva se caracteriza por la comprensión de que la dimensión sexual de las personas es una fuente de riqueza que debe ser vivida en plenitud. Las personas que se sitúan en este lado del continuo poseen ideas positivas hacia lo erótico, se comprometen personalmente en el cultivo de la sexualidad, surgen de ellas emociones positivas, son abiertas y respetuosas hacia las opciones sexuales de los demás, no tienen dificultades para verbalizar cuestiones relacionadas con el sexo y consideran que la educación sexual es necesaria.

Las personas que tienen una actitud negativa hacia la sexualidad tienden a pensar que todo lo relacionado con el sexo es peligroso, puede ser perjudicial, puede provocar dolor y sufrimiento, surgen de ellas emociones negativas como sentimientos de culpa exagerados, miedo, vergüenza, tienden a pensar que la educación sexual es una cuestión «muy delicada» cuya responsabilidad está en los padres, generalmente se declaran incompetentes en esta materia y delegan en los expertos. Los profesionales con marcada actitud negativa hacia la sexualidad, psicólogos, sanitarios, educadores, profesionales de la justicia, tienden a desenfocar cuestiones relacionadas con la sexualidad, magnificándolas injustificadamente, criminalizándolas, descontextualizándolas, estigmatizándolas, tendiendo a sacar conclusiones erróneas.

La actitud hacia la sexualidad no es cuestión baladí. En el terreno de lo profesional es muy importante caer en la cuenta de que la disposición hacia la sexualidad media en la intervención psicológica y educativa. Por ello, toda persona que desee trabajar en este ámbito tiene que revisar sus propias actitudes puesto que ellas intervendrán, sin duda, en el proceso de la intervención. Si para cualquier persona el cultivo de la sexualidad y la revisión de las actitudes hacia ella es interesante para el crecimiento personal, para aquellas cuyo trabajo se realiza en el ámbito de las relaciones humanas como la psicología, la sanidad, los servicios sociales, la educación y la justicia, es una exigencia. De aquí la importancia de su estudio.

En la literatura científica existen dos constructos que han estudiado este campo: el constructo erotofobia-erotofilia, y los sentimientos de culpa sexual.

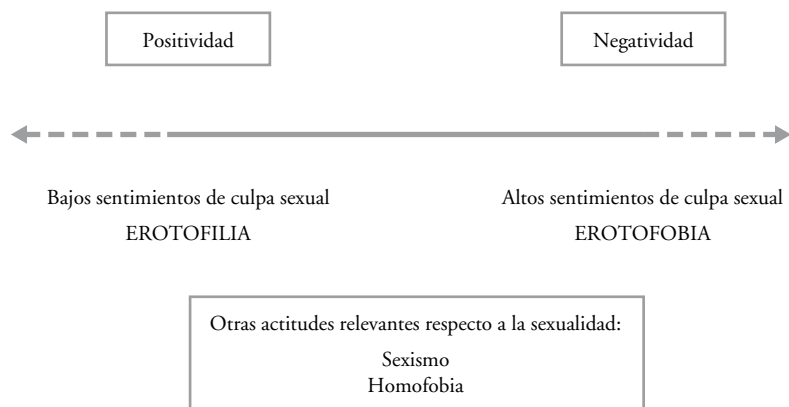


Figura 2.2. Actitudes hacia la sexualidad.

4.1 Sentimientos de culpa sexual

Por múltiples razones, en nuestra cultura la relación entre erotismo, entendido como expresión de la sexualidad, y su valoración negativa es bastante clara. Para muchas personas acceder a la experiencia erótica supone, en mayor o menor medida, transgredir las normas. La culpa es una emoción que surge ante la transgresión de la norma. Existe evidencia de que la culpa produce un efecto inhibitorio respecto a la conducta a la que se asocie. Por tanto, los sentimientos de culpa sexual interfieren en la experiencia sexual. No cabe duda de que existen personas que, por motivos diversos, son más vulnerables que otras a los efectos de la culpa.

La culpa es un mecanismo interno de control de la conducta y que esta genera efectos restrictivos sobre las conductas relacionadas con la transgresión de la norma o conductas consideradas inmorales en una cultura determinada; también ocurre ante la anticipación del deseo de transgredirla: tal y como indica Itziar Etxebarria,

[...] aunque la culpa se define la mayoría de las veces como una consecuencia de la trasgresión, y en este sentido sería absurdo hablar de cualquier efecto inhibitor por su parte, también puede aparecer ante el surgimiento del mero deseo o impulso de realizar un acto inmoral, y entonces la culpa anticipada actúa como un factor de inhibición de la conducta. Las personas más propensas a experimentar sentimientos de culpa tienden a incurrir menos en trasgresiones de sus propias normas morales.

ETXEBARRIA, 1989.

La culpa surge del hecho mismo de transgredir la norma. Surge también ante el deseo de realizar una conducta «transgresora». La culpa anticipada tiende a inhibir el comportamiento asociado a ella. No obstante, la culpa, en tanto que reguladora del comportamiento, tiene efectos positivos. Sentir culpa cuando se agrade a otra persona, o cuando alguien incumple compromisos, por ejemplo, es bastante lógico. La culpa en estos casos colaboraría con la evitación de esas transgresiones. Sin embargo, la culpa es altamente perjudicial cuando se asocia a situaciones que no son en absoluto lógicas, por ejemplo, cuando la moralidad es rígidamente estricta y alejada del sentido común. En estas situaciones, la culpa puede tener efectos deletéreos.

Donald Mosher ha sido uno de los autores que más han estudiado empíricamente la culpa y su medición. Respecto a la culpa sexual la define de la siguiente manera:

La culpa sexual se define como una expectativa generalizada de castigo, mediatizada por uno mismo, respecto a la violación o trasgresión, o violación anticipada de los estándares culturales de la propia conducta sexual.

MOSHER y CROSS, 1971.

Según Mosher:

La culpabilidad sexual se desarrolla en situaciones que incluyen la emisión de los afectos relacionados con la expresión del erotismo, como el deseo, la excitación, el placer; de los procesos cognitivos, que incluyen la toma de conciencia de los mismos, ideas morales, anticipación de recuerdos de situaciones eróticas, y de los comportamientos concretos en un contexto sexual. La estructura de acción cognitivo-afectiva de la culpa sexual conserva estas escenas psicológicamente magnificadas en un guión que predice, interpreta y controla las futuras escenas eróticas que contienen afectos morales y objetos sexuales.

MOSHER, VONDERHEIDE, 1985.

El sentimiento de culpa sexual, por tanto, aparecería en aquellas personas particularmente vulnerables a la transgresión de las normas en general; sería efecto de la transgresión misma e inhibiría el comportamiento en la medida en que la culpa puede surgir anticipadamente ante el deseo de una conducta «transgresora».

Los comportamientos sexuales están regulados en todas las culturas. La moral (del término latino *mores*: costumbre) no es otra cosa que el código que regula, de manera convencional, los comportamientos de un grupo humano determinado. La moral sexual occidental, por tanto, es el código regulador de los comportamientos sexuales propios de la cultura occidental,

que se basa, entre otras fuentes, en la tradición judeo-cristiana. Aunque en la actualidad vivamos en una sociedad plural donde no existe un único modo de entender la moral sexual, la fuerte inercia del pasado hace que no se pueda acceder a la experiencia erótica, a través de comportamientos o fantasías, sin tener una sensación subjetiva de que se transgrede la norma de alguna manera. Como ya hemos indicado, la transgresión de la norma genera sentimientos de culpa y estos tienen efectos sobre la aproximación a cualquier situación relacionada con la sexualidad en su conjunto o con aspectos concretos de la misma. Los efectos de la culpa dependerán de la vulnerabilidad individual hacia la misma.

4.2 La dimensión erotofobia-erotofilia

Fisher, Byrne, White y Kelley (1988), autores que desarrollan el constructo erotofobia-erotofilia, explican, a través del paradigma del aprendizaje, cómo una persona puede llegar a tener una disposición positiva o negativa en mayor o menor grado hacia el erotismo, mediatizando así el propio comportamiento.

Se puede definir la dimensión erotofobia-erotofilia como una disposición a responder a cuestiones sexuales a lo largo de una dimensión positivo-negativa. Según sus autores, tiene una clara consistencia interna y puede considerarse como un rasgo de personalidad. Tratando de documentar con mayor evidencia esta aseveración, investigaron su relación con otras variables de personalidad como el autoritarismo, el dogmatismo, la adhesión a un rol de género tradicional, índices de ortodoxia y con diferentes aspectos del comportamiento sexual.

En este sentido y de acuerdo con Adorno, Frenkel-Brunswik, Levinson y Stanford (1950), los individuos autoritarios son rígidamente convencionales, opuestos a comportamientos sexuales heterodoxos y sexualmente represivos. En sus trabajos de investigación encontraron que el autoritarismo correlaciona con la dimensión erotofobia-erotofilia. La investigación confirma esta hipótesis: las personas autoritarias tienden a ser erotofóbicas.

En general, los efectos que produce la tendencia a la erotofobia o a la erotofilia, que se han investigado, son similares a los encontrados en relación con la culpa sexual. De hecho se trata de dos constructos que parten de marcos teóricos diferentes pero que se refieren a una misma realidad. En efecto, existe una alta correlación entre la erotofobia y altos sentimientos de culpa sexual.

¿Cómo se genera, por tanto, esta actitud? Necesariamente tenemos que insistir en el hecho de que la cultura occidental de origen judeocristiano ha pertenecido al grupo de las sexofóbicas, tal y como indicaron Beach y Ford

(1951) en su libro *Patterns of sexual behavior [Conducta sexual]*. En este contexto es francamente difícil investigar sobre los antecedentes de la crianza respecto al desarrollo sexual de una manera exhaustiva.

Los autores de este constructo mantienen que cualquier persona se sitúa en un continuo bipolar en cuyos extremos se hallarían la erotofobia y la erotofilia. Este se basa en el «Modelo de refuerzo de afecto de respuestas evaluativas», deducido de las investigaciones sobre atracción interpersonal, formulación basada en principios de aprendizaje, que enfatiza la importancia de las reacciones emocionales (Byrne, 1982, 1983). La secuencia de la génesis de la dimensión erotofobia-erotofilia es la siguiente:

1. En primer lugar las respuestas afectivas se asocian con una variedad de cuestiones sexuales, y dichas respuestas son transformadas en *conjuntos evaluativos actitudinales* relativamente estables.
2. En segundo lugar, las respuestas informativas, creencias y expectativas que son importantes para la sexualidad se aprenden.
3. En tercer lugar, las personas adquieren o generan respuestas fantaseadas, basadas en la imaginación, en las que se van involucrando temas sexuales y eróticos.

Este modelo insiste en la importancia de las *respuestas evaluativas*. Son estas las que van a condicionar el comportamiento. El afecto funciona como refuerzo de la respuesta evaluativa. Así, determinados estímulos elicitán afectos que producen una respuesta evaluativa positiva o negativa (Byrne, 1986).

Desde sus comienzos, las personas integradas en su ambiente estimular van construyendo *respuestas evaluativas* en función de la interacción con aspectos relacionados con la sexualidad. Según como sea la resultante evaluativa final, se desarrolla una *predisposición*, es decir, una *actitud* hacia el erotismo que se balanceará hacia la positividad o negatividad en función de la propia historia personal, es decir, hacia la erotofobia o la erotofilia.

En el contexto cultural occidental es muy habitual asociar negatividad hacia lo sexual, prevención hacia lo erótico. Estos autores utilizan la teoría del afecto como refuerzo. En este sentido, cualquier estimulación genéricamente sexual puede evocar una emisión de afecto positivo o negativo (placer o ansiedad), que dependerá en gran medida del entorno. El afecto reforzará un conjunto de respuestas evaluativas que marcarán la predisposición (actitud) positiva o negativa hacia la sexualidad.

En la pubertad, esta predisposición es suficientemente poderosa como para influir en la adquisición, retención y utilización de la información sexual y en la tendencia de acercamiento e integración o evitación del erotismo.

Como ya hemos indicado, la erotofobia-erotofilia se presenta por sus teóricos como un rasgo relativamente estable de personalidad (Byrne,

1983; Fisher, Byrne, White, Kelley, 1988). Sin embargo, esta predisposición puede modificarse cuando ocurren experiencias afectivas de signo contrario.

Byrne (1983) propone que la tendencia a aceptar e integrar armónicamente el deseo sexual¹ está mediatizada por las características actitudinales que consisten en procesos afectivos, evaluativos, informativos y expectativas respecto a cuestiones relacionadas con la sexualidad. Cualquier recompensa o castigo asociado a comportamientos sexuales abiertos, que son la culminación de esta concatenación hipotética, pueden mediatizar claramente la experiencia sexual posterior.

En definitiva, Byrne y sus colaboradores indican que todas las personas estarían situadas a lo largo de un continuo en cuyos polos se situarían la erotofobia y la erotofilia respectivamente. La predisposición actitudinal se convierte en un filtro que mediatiza no solo los comportamientos, sino también la percepción de las cuestiones relacionadas con la sexualidad, así como el procesamiento de la información al respecto. Por esta razón, al igual que en el ámbito de las investigaciones relacionadas con los sentimientos de culpa sexual, la tendencia hacia la erotofobia o erotofilia provoca unos efectos que han sido estudiados en un cúmulo de diferentes investigaciones.

4.3 Efectos derivados de la actitud hacia la sexualidad

Como ya hemos indicado, la actitud hacia la sexualidad interviene en los comportamientos relacionados con ella en su sentido más genérico. En la literatura científica encontramos numerosas investigaciones que aportan evidencia empírica de sus efectos, tanto desde el marco teórico de los sentimientos de culpa sexual, como del constructo erotofobia-erotofilia.

Desde el punto de vista de la Psicología de la sexualidad, estos efectos son importantes porque, por un lado, afectan a la vida privada de las personas, y por otro interfieren en las intervenciones profesionales.

En el ámbito de lo personal, se ha encontrado evidencia empírica suficiente como para mantener que las personas que tienden a altos sentimien-

¹ El estudio de las actitudes hacia la sexualidad aporta conocimiento y contribuye a explicar la estructura del deseo erótico, según Levine. Este autor considera que el deseo erótico está compuesto por tres factores: impulso, anhelo y motivo. El motivo es el consentimiento, es decir, sentida la activación, la psicología personal debe reconocer tal activación como erótica, y consentir su integración en la estructura general de personalidad. Las actitudes negativas a la sexualidad pueden interferir seriamente en esta integración. Todo ello se desarrolla en el capítulo cuarto.

tos de culpa sexual o a la erotofobia tienden a tener menor experiencia sexual, menor interés por lo erótico, menor volumen de fantasías sexuales. Para llegar a estas conclusiones se han realizado abundantes investigaciones experimentales basadas en observaciones sistemáticas, o pruebas de laboratorio.

En este sentido Galbraith (1976) encontró que las personas que puntuaban alto en sentimientos de culpa sexual mostraron mayor dificultad para percibir y utilizar la acepción erótica de palabras con doble sentido. Por ejemplo, en español el verbo «correrse» puede tener dos significados «desplazarse» o «tener un orgasmo».

Otras investigaciones mantienen que las personas erotofóbicas tienden a no poder admitir en ellas mismas la experiencia sexual, por tanto, tampoco pueden anticiparla ni integrarla puesto que su actitud no se lo permite. Dicho de otro modo, estas personas tienden a pensar que la experiencia sexual es cosa de los demás, no de ellas mismas.

Este efecto es particularmente importante y debe ser considerado en las intervenciones profesionales dirigidas a la promoción de la salud, particularmente en relación con los riesgos asociados al comportamiento sexual en adolescentes y jóvenes. El riesgo consiste en que estas personas no pueden tomar conciencia de la necesidad de adquirir los recursos necesarios para protegerse y proteger a la pareja de los riesgos asociados a la experiencia erótica.

Por el contrario, de las personas que tienden a una actitud positiva hacia la sexualidad cabe esperar una mejor integración de la motivación sexual en el conjunto de su personalidad, así como una mayor capacidad de anticipación de la propia actividad sexual. Ello sin duda promueve el interés por la formación y utilización de los recursos para la protección, comportamientos sexuales exentos de riesgo, uso del preservativo y de los demás métodos anticonceptivos.

Para probar esta hipótesis, Fisher (1978) administró el SOS (Sexual Opinion Survey), instrumento de evaluación de la actitud hacia la sexualidad, a 145 hombres estudiantes de enseñanzas medias y les pidió que indicaran si esperaban o no mantener relaciones sexuales durante el siguiente mes. Los resultados indicaron que las personas con tendencia a la erotofobia subestimaron la posibilidad de relaciones sexuales, a diferencia de aquellas que tendían a la erotofilia, las cuales fueron más realistas respecto a las expectativas. Las primeras se expusieron a mayor riesgo puesto que al no prever sus relaciones, tampoco previeron los recursos para su protección.

Respecto a la prevención de riesgo, este hallazgo es importante porque la dificultad de no poder anticipar una posible relación sexual, el no poder sentirse, potencialmente, como una persona sexualmente activa, el no reconocerse como tal, es, sin duda, uno de los factores de riesgo en la medida

en que tampoco se pueden anticipar medidas preventivas. Esta situación corresponde fundamentalmente a personas que tienden a la erotofobia, también a las que puntúan alto en sentimientos de culpa sexual. Podemos deducir, por tanto, que la potenciación de actitudes positivas, erotofilia o sentimientos bajos de culpa sexual, se convierten en un factor potencial de protección hacia el riesgo.

Desde el punto de vista de la prevención y en concreto sobre el riesgo de embarazos no deseados, Byrne (1983) considera que para llevar adelante un control eficaz sobre este tipo de riesgo es necesario cumplir las siguientes etapas:

- a) Adquisición, procesamiento y retención de información precisa y veraz sobre anticonceptivos.
- b) Reconocimiento por parte de la persona, tanto mujer como hombre de la posibilidad de vincularse en una relación coital.
- c) Obtención de anticonceptivos.
- d) Comunicación con la pareja a propósito de la utilización de anticonceptivos.
- e) Utilización del método elegido.

La actitud hacia la sexualidad en términos de erotofobia-erotofilia o sentimientos de culpa sexual afecta también a los comportamientos homo-sexuales. En este ámbito, como es lógico, no está comprometido el riesgo de embarazo, aunque sí otro tipo de riesgos como el de las enfermedades de transmisión sexual. Podemos deducir que el uso de medidas preventivas, uso de preservativos, técnicas de sexo seguro, estaría influenciado por la actitud hacia la sexualidad por los mismos motivos. Las personas que tienden a la erotofobia o altos sentimientos de culpa sexual tendrían más dificultades para asumirse así mismas como personas eróticamente activas y por tanto manifestarían dificultades respecto a su propia protección.

En otro orden de cosas, la actitud negativa hacia la sexualidad afecta también a otros profesionales en cuya actividad profesional se incluyen situaciones relacionadas con la sexualidad como son los sanitarios, los profesionales de la justicia o de los recursos sociales. Por ejemplo, la valoración de un supuesto caso de abuso sexual puede estar seriamente interferido por la actitud negativa hacia la sexualidad, altos sentimientos de culpa sexual, erotofobia, de modo que puede distorsionar no solo la valoración del caso sino las intervenciones posteriores.

En el ámbito de la educación sexual también la actitud negativa hacia la sexualidad puede crear algunas interferencias. En este sentido, podemos relatar brevemente un ejemplo que proviene de nuestra propia experiencia en formación de educadores. En cierta ocasión hicimos el siguiente ejercicio: Pedimos a un voluntario para que explicase al grupo la «fisiología de la re-

producción». Lo hizo a la perfección, con un discurso ágil, gráficos en la pizarra, todo lujo de detalles. A continuación le pedimos que nos explicara la «fisiología del placer». Inmediatamente se puso nervioso, se puso a tartamudear, salivaba abundantemente, las manos le sudaban y con bastantes dificultades consiguió articular un discurso discretamente comprensible. Como vemos la actitud le traicionó y produjo en él unos efectos evidentes. La diferencia entre una explicación y otra es que en la primera el objeto era bastante neutro, mientras que en la segunda el objeto se asociaba directamente al erotismo. En realidad él estaba perfectamente documentado para explicar la respuesta sexual humana que es lo que, en definitiva, le pedíamos. La actitud interfirió en su propio discurso.

4.4 El sexismo y heterosexismo

Otras actitudes relacionadas con la sexualidad que deben tenerse muy en cuenta son el sexismo y el heterosexismo.

El sexismo es una disposición a la discriminación de las personas en razón de su sexo (macho-hembra) y, más en concreto, de su género (masculino-femenino). La discriminación se produce en la medida en que los estándares culturales jerarquizan la relación entre los sexos de tal manera que lo femenino se subordina a lo masculino. El machismo incide con mayor énfasis en la exaltación del estereotipo masculino (dominancia, fortaleza) según el rol tradicional, en detrimento del rol femenino (sumisión, debilidad) que tiende a ser sometido y relegado en el orden social². Esta disposición actitudinal genera una fuerte inercia hacia la desigualdad en función del sexo.

Desde el punto de vista de la diversidad sexual, el heterosexismo, forma especial del sexismo, se define como el mantenimiento de una relación jerarquizada en la que la heterosexualidad se coloca en un nivel superior. La homosexualidad aparece, en el mejor de los casos, como incompleta, accidental, perversa y, en el peor, como patológica, criminal, inmoral y destructora de la civilización (Borrillo, 2001).

Tal y como hemos indicado con anteriormente, estas actitudes fuertemente arraigadas se ajustan a la estructura de la actitud, por tanto, están formadas por una componente cognitiva, es decir, creencias acerca de las características de las mujeres y de los hombres, una componente afectivo-emocional, es decir, reacciones emocionales que surgen en las situaciones relacionales concretas y una tendencia comportamental.

² En el capítulo dedicado a la identidad sexual se profundiza sobre los conceptos sexo, género y estereotipos sexuales.

En la actualidad no podemos hablar de actitudes preponderantes en algún sentido. No todas las personas pueden ser clasificadas como altamente machistas o sexistas. Tampoco afecta a los sexos, de hecho encontramos mujeres y hombres sexistas. En cualquier caso, parece evidente que el orden social establecido tiende a ser sexista y homófobo, dada la intensa inercia del pasado.

4.5 Homofobia

En el ámbito de la investigación acerca de la orientación sexual, existe un volumen importantísimo de trabajos que intentan explicar su origen. Sin embargo, recientemente está emergiendo el interés por el estudio, no tanto de la explicación del origen de la homosexualidad, como del porqué del rechazo social de la misma, es decir, de la «homofobia». En una primera aproximación diremos que la homofobia se refiere a la actitud psicológica y social de rechazo genérico de la homosexualidad. Es preciso, no obstante, profundizar en la clarificación de este concepto.

La utilización por primera vez del término homofobia, tal y como indica Borrillo (2001), se atribuye a K. T. Smith. En su artículo definió la homofobia como

El temor de estar con un homosexual en un espacio cerrado y, en lo que concierne a los homosexuales, el odio hacia sí mismos.

Como vemos, esta definición se restringe exclusivamente al concepto clínico de fobia. Sin embargo, la homofobia, en un sentido más amplio, más psicosocial, tiene claramente dos sentidos.

El primero, como indicaba K. T. Smith, hace referencia a una dimensión individual que se ajusta al concepto clínico de fobia, expresándose como temor al homosexual o a la homosexualidad, aprensión psicológica, ansiedad, etc. Se refiere, como ya se ha indicado, al temor a la persona homosexual, o al rechazo de uno mismo a causa de la homosexualidad.

El segundo sentido se refiere al rechazo social de la homosexualidad y se ajusta más al concepto de actitud psicológica, cuya estructura hemos definido anteriormente. La homofobia, desde este punto de vista, estaría sustentada en ideas de orden psicológico, social, médico, moral, jurídico, antropológico (componente cognitivo), en reacciones emocionales tales como el miedo, enojo, rabia, ira (componente afectivo-emocional) y en una tendencia comportamental que se expresaría en rechazo manifiesto, segregación, agresión verbal o física, marginación, discriminación (componente comportamental).

Según Borrillo, el concepto de homofobia designa dos aspectos diferentes de la misma realidad:

- a) Una dimensión personal de naturaleza afectiva que se manifiesta en un rechazo a los homosexuales.
- b) Una dimensión cultural, de naturaleza cognitiva, en la que no es el homosexual, en tanto que individuo, el que es objeto del rechazo, sino la homosexualidad como fenómeno psicológico y social.

[...] La homofobia puede ser definida como la hostilidad general, psicológica y social, respecto a aquellos y aquellas de quienes se supone que desean a individuos de su propio sexo o tienen prácticas sexuales con ellos. Forma específica del sexismo, la homofobia rechaza también a todos los que no se conforman con el papel predeterminado por su sexo biológico. Construcción ideológica consistente en la promoción de una forma de sexualidad (hetero) en detrimento de otra (homo), la homofobia organiza una jerarquización de las sexualidades y extrae de ella consecuencias políticas.

[...] La homofobia está presente en los insultos, las bromas, las representaciones caricaturescas y el lenguaje coloquial, y retrata a los gays y a las lesbianas como criaturas grotescas y objetos de escarnio.

La injuria constituye la conminación de la homofobia afectiva y cognitiva en la medida en que, como señala D. Eribon, «maricón» («tortillera») no son simples palabras lanzadas de paso. Son agresiones verbales que marcan la conciencia. Son traumas que se inscriben en la memoria y en el cuerpo (ya que la timidez, el malestar o la vergüenza son actitudes corporales producidas por la hostilidad del mundo exterior). Y una de las consecuencias de la injuria es la de dar forma a la relación con los otros y con el mundo. Y, por lo tanto, formar la personalidad, la subjetividad, el ser mismo de un individuo.

La violencia en estado puro que representa la homofobia psicológica no es otra cosa que la integración paradigmática de una actitud homosexual, que atraviesa la historia de nuestras sociedades. El miedo a veces pueril que suscita aún el homosexual se remonta a la producción cultural del occidente judeo-cristiano...

D. BORRILLO, *Homofobia*.

Barcelona: Editions Bellaterra, 2001, pp. 25 y 36.

Ejercicios de autoevaluación

1. ¿Qué es la actitud?
2. ¿Cómo se compone la estructura de la actitud?
3. Conocida la estructura de la actitud, ¿cuál sería la estrategia más adecuada para el cambio de la actitud?
4. ¿Cuáles son los dos constructos que han estudiado la actitud hacia la sexualidad en el ámbito de la psicología?
5. ¿Cuál es el mecanismo por el cual surge el sentimiento de culpa sexual?
6. ¿Cuál es el marco teórico de referencia del constructo erotofobia-erotofilia?
7. La literatura científica aporta muchas evidencias empíricas acerca de los efectos que la actitud hacia la sexualidad produce. Explica efectos en el ámbito personal. Explica posibles efectos en la intervención profesional.

3. Identidad sexual

1. Introducción

En el capítulo dedicado a la aproximación al concepto de sexualidad se ha mantenido que la sexualidad es todo aquello relacionado con la sexuación, fenómeno relativo a las especies que optaron por el sistema de reproducción sexual.

Según la aproximación de Katchadourian al concepto de sexualidad humana¹, esta pivota en dos ejes fundamentales que interactúan entre sí: la identidad y la motivación sexual. La identidad sexual como teoría acerca de sí mismo, que es inevitablemente sexuada, y la motivación sexual generadora de la búsqueda de placer erótico. En este capítulo abordaremos el primero de estos dos grandes ejes: la identidad sexual.

Los postulados más ideológicamente conservadores respecto a la sexualidad mantienen la idea de que la sexuación produce dos tipos claramente definidos, hombres y mujeres, que funcionan conforme a los estereotipos establecidos. Se diría que la naturaleza «fabrica» mujeres u hombres como si fuesen piezas formadas por un troquel o molde, es decir, todas iguales, respecto a cada grupo. La variabilidad tolerada por esta concepción es mínima, por ello cualquier discrepancia física o psicológica respecto al tipo sexual se considera una anomalía o una desviación, y tiende a estigmatizarse.

¹ Véase capítulo 1.

Lejos de esta idea del molde o troquel, científicamente insostenible, tanto las ciencias biológicas, como las del comportamiento humano, aportan evidencia suficiente como para mantener que el proceso de convertirnos en mujeres u hombres se basa en el desdoblamiento que se produce a partir de origen común. El origen se situaría en especies de reproducción asexual que se desdoblan en dos partes con el fin de reorganizar su sistema de reproducción, transitando este al modo sexual del mismo.

La propia etimología de la palabra «sexo» es muy expresiva. Como decíamos en la aproximación conceptual, sexo proviene del término latino «*seca-re*» que significa seccionar, cortar, separar. En efecto, en el origen las especies eran asexuales. Por mor de necesidades adaptativas, algunas se separaron en dos partes, en dos formas. Por tanto, podemos mantener con claridad que la sexuación parte de un origen común para ambos sexos y a partir de ahí se produce un desdoblamiento en dos formas. En esencia, la idea del desdoblamiento se halla en el origen de la amplísima diversidad sexual humana.

Sin embargo, el desdoblamiento en dos formas no es simétrico. Si partimos del tronco original de la especie, es decir, del momento en que esta era todavía asexual, el signo de este tronco sería femenino. La aparición paulatina de la otra parte, del otro sexo, sería una derivación, un añadido, una «alteración» del tronco original. Como veremos posteriormente, la naturaleza tiende a crear mujeres (LeVay 1993; LeVay, S. y Valente, S. M., 2003). La masculinización ha necesitado desviar el proyecto original, siendo necesario agregar algunos componentes como los genes específicos y los andrógenos. La feminización, por tanto, es un proceso más estable que la masculinización. Esta es, sin duda, más vulnerable. Cuando en el proceso de desdoblamiento y diferenciación sexual en sentido masculino se produce alguna duda o alguna alteración, en general se produce un viraje hacia estructuras femeninas. En este sentido, Money argumentó la mayor fragilidad psicosexual de los hombres, aludiendo al estudio de las parafilias o de las alteraciones en el desarrollo de la identidad sexual, más comunes en hombres que en mujeres (Money, J., Ehrhardt, A. E., 1972, 1982).

La idea del desdoblamiento significa que, lejos de considerar la masculinidad y la feminidad como compartimentos estancos comunicados entre sí, como polos opuestos, los seres humanos partimos de estructuras sexuales comunes. Ya desde las bases biológicas podemos comprobar cómo cada sexo tiene representado en sí mismo elementos atribuibles al otro. La biología, por tanto, aporta conocimientos esenciales para comprender la diversidad sexual humana.

Cuando mantenemos la existencia de múltiples formas de ser mujer u hombre, tal afirmación se basa precisamente en la idea del desdoblamiento. Es decir, a partir de un origen común se produce un desdoblamiento que da lugar al dimorfismo propio de las especies sexuadas. Se parte, por tanto, de

un origen común para ambos sexos y a partir de momentos de indiferenciación se produce la diferenciación sexual como resultado de la acción de los inductores propios de cada momento.

Veamos algún ejemplo. Si nos fijamos en los grupos de mujeres o de hombres, se observan grandes diferencias intragrupo en cuanto a los tipos de sexuación, en relación con características morfológicas y psicológicas. Probablemente encontraremos algunas mujeres que se parecen más o algunos hombres que a otras mujeres y viceversa.

Cada ser humano desarrolla su propio proceso que es único e irrepetible. El cuerpo es la base en la que se asienta el concepto de sí mismo que es inexorablemente sexuado. Sobre esta base intervendrá, a partir del nacimiento, la socialización en un medio portador de una cultura determinada, que incluye un discurso acerca de la sexuación que desarrollaremos paulatinamente.

Aceptada la importancia de las bases biológicas de sexuación, estas constituyen el «sexo», es decir, el resultado de la expresión ontogenética de la división de la especie originaria en dos partes, en dos formas, en dos sexos².

Por otro lado, la cultura ha ido desarrollando atribuciones simbólicas con carácter normativo acerca de la realidad sexo desde sus orígenes. La cultura ha ido generando prescripciones acerca del modo adecuado de ser mujer u hombre y de lo que se espera de cada grupo sexual.

A este conjunto de contenidos culturales simbólicos y normativos se ha venido en denominar convencionalmente «género». Las diferencias forjadas por el proceso de diferenciación sexual se convierten en desigualdad cuando la relación entre los grupos sexuales se estructura en base al poder. De este modo uno de los grupos ejerce una labor de sometimiento del otro. Es en este momento cuando la diferencia se convierte en desigualdad. La construcción de la subjetividad de lo masculino y lo femenino se desarrolla en el interior de cada grupo y en relación con el otro en base a una clara situación de asimetría.

No es posible comprender en profundidad la identidad sexual en tanto que experiencia subjetiva sin aceptar la interacción entre el sexo y el género y sin ahondar en la dialéctica entre los dos factores.

Es pertinente hacer un comentario acerca del biologicismo y el culturalismo en estas consideraciones previas. En realidad es retomar el debate permanente acerca de lo innato o lo adquirido, de la naturaleza o la cultura. En relación a la sexuación, es decir, al modo de ser mujeres u hombres, encontramos dos posturas antagónicas que tratan de explicarlo.

² Recordemos el concepto de sexo como constitución propuesto por Efigenio Amezúa, desarrollado en el capítulo 1.

La biologicista prima el peso de las bases del desarrollo biológico para explicar la feminidad y la masculinidad. Esta mantendría que la biología marca radicalmente las diferencias. Así, el modo de ser mujer u hombre responde básicamente al desarrollo genético: solo la mujer menstrúa, gesta y lacta. El rol asignado a cada uno de los sexos corresponde con las diferencias biológicas que son funcionales: caza, protección, defensa, para el hombre, crianza y cuidados para las mujeres. La cultura tiene una influencia mínima. La normalidad consistiría en la adecuación de las personas según su sexo a los roles que la propia naturaleza marca. En esta visión incluimos a la moderna sociobiología y la etología más radical, que mantienen que, al fin y al cabo, las diferencias entre los grupos sexuales obedecen a programas que incluyen aquellos comportamientos que se han demostrado funcionales a lo largo de la evolución de la especie, en términos supervivenciales.

La postura culturalista se sitúa en el otro extremo. Esta perspectiva mantiene que el desarrollo de la cultura patriarcal genera, a partir de las diferencias biológicas, una relación asimétrica de poder donde el grupo de hombres somete al grupo de mujeres relegándolas a un papel secundario, sumiso y dependiente. Es a partir de esta asimetría de poder donde surge la desigualdad a partir de las diferencias. Los modos de ser mujer u hombre no dependerían de la biología, que para este grupo es irrelevante o, en todo caso, incitadora de la reacción cultural que prescribe los comportamientos, las actitudes y las funciones en el orden social. El modo de ser mujer u hombre no sería un resultado «natural», la expresión pura de la naturaleza de la sexuación, sino la «construcción» cultural que establece el modo de ser mujer u hombre en una relación jerarquizada. En esta línea están todos los estudios acerca del género que se han desarrollado con intensidad en las tres últimas décadas y que surgen principalmente de los movimientos de mujeres.

En la actualidad es absurdo mantener una postura radicalmente biologicista, ignorando la influencia de la socialización en un medio cultural caracterizado, a todas luces, por la discriminación en razón del sexual.

Por otro lado, si lo que nos interesa es conocer en toda su profundidad la resultante de la sexuación, es decir, el modo personal de vivir la propia sexuación³, no es posible anular una variable interviniente en el proceso, como es su estructura biológica y los programas genéticos heredados. Tal vez desde una perspectiva antropológica o sociológica, el fenómeno cultural del establecimiento de las relaciones entre los grupos sexuales responde a la relación desigual en base al poder, que tiene claros efectos en el plano individual. Sin embargo, desde la perspectiva de la psicología, un planteamiento rígidamente culturalista resulta insuficiente para explicar lo que es

³ Es precisamente el modo de vivir el propio proyecto de sexuación lo que interesa a la psicología de la sexualidad.

su principal motivo de estudio, a la sazón, la experiencia profunda de la propia identidad personal.

El efecto implacable de la presión cultural del género no explica suficientemente la resultante individual en algunas personas. Por ejemplo, hombres que no se ajustan morfológicamente al estereotipo masculino, y que presentan características psicológicas consideradas por el propio sistema como poco masculinas; podríamos poner el ejemplo contrario respecto a las mujeres. Otro ejemplo particularmente interesante se refiere a aquellas personas, mujeres u hombres, cuya orientación del deseo es homosexual, por tanto discrepante de las expectativas de la cultura sexista. En ellas la «presión» cultural en la construcción social no ha tenido el efecto esperado. Lo mismo podríamos decir de la transexualidad o del transgenerismo.

Un concepto clave para la Psicología de la sexualidad es la «integración». Resulta particularmente interesante la experiencia personal del modo de ser mujer u hombre en toda su diversidad, el autoconcepto que las personas desarrollan, las variables que intervienen, las dificultades que acontecen. También interesa la autoestima, es decir la valoración subjetiva en sentido positivo o negativo, en relación con la aceptación y la adecuación al modo personal de sexuación. Todo ello con el fin de poder comprender en qué consiste el desarrollo de la sexualidad humana y sus implicaciones personales, interpersonales y socioculturales.

En definitiva, desde la perspectiva de la Psicología de la sexualidad, lo que nos interesa es el bienestar de las personas en relación a su sexuación, lo cual no resulta sencillo en un momento histórico caracterizado, por un lado, por los cambios vertiginosos en las relaciones entre los sexos en relación a la diversidad y, por otro, por la dificultad de comprensión que la sociedad actual tiene respecto a la sexuación humana, muy influida por la inercia de actitudes marcadamente sexistas.

2. Sexo y género. Algunas aclaraciones conceptuales

Muchos de los autores y autoras que han escrito acerca de la identidad sexual o de género plantean la necesidad de hacer aclaraciones conceptuales y terminológicas (Martínez, I., Barberá, E., 2004; López, F., 1988; Fernández, J., 1988,1997). La utilización, a veces indiscriminada, de términos como identidad sexual o de género, tipificación sexual o de género, rol sexual o de género, deseo sexual o erótico, comportamientos sexuales o eróticos, etc., dificultan su comprensión, incluso en trabajos científicos.

Uno de los autores que se ha preocupado por esta cuestión es Juan Fernández, quien ha coordinado la edición de varios libros esforzándose en perfilar dos realidades diferentes, el sexo y el género, proponiendo incluso

dos áreas de conocimiento distintas aunque interactivas como son la «sexología» y la «generología» (Fernández, 1988, 1997, 2000).

Por otro lado nos encontramos con los herederos de la «Escuela de Berlín», movimiento europeo de principios del siglo xx que defendió la sexología como una ciencia autónoma, compendio de otras afines, cuyo objeto es el estudio del «hecho sexual humano» (Amezúa, 1979). Efigenio Amezúa ha sido uno de los pioneros de esta corriente en España después del franquismo, el cual aniquiló toda posibilidad de estudio e investigación científica en temas considerados «prohibidos» como la sexualidad. Esta perspectiva se basa en una visión holística del hecho sexual humano. Desde este enfoque, el concepto «sexo» incluye los contenidos de lo que se ha venido en denominar «género». En consecuencia, consideran innecesario e incluso contraproducente escindir la realidad sexual en dos conceptos contrapuestos: sexo y género. Por ello critican la menor consideración al concepto «sexo», en función de la magnificación del concepto «género» (Amezúa, 1997), desde otras disciplinas como la psicología, la antropología o la sociología. Esta corriente defiende un marco epistemológico propio que sustanciaría la sexología como disciplina científica (Lanas, M., 1997).

Es necesario desarrollar un esfuerzo de consenso y no alimentar, desde el punto de vista científico, peleas conceptuales cuya base es inevitablemente ideológica. La cuestión está en intentar aprehender la realidad compleja que constituye la sexualidad. Es necesario, por tanto, compartir las claves que nos permitan referirnos a esta realidad. Lo importante es tratar de desarrollar un lenguaje común con el fin de asegurarnos de que estamos hablando de lo mismo cuando nos referimos a determinados temas. Trataremos, pues, de revisar las aportaciones de diversos autores respecto a la aclaración terminológica de estos conceptos.

Uno de los primeros autores en utilizar el término «género» fue John Money en la década de los sesenta. Money investigaba los estados de intersexualidad con hermafroditas en el acreditado Hospital Johns Hopkins en Estados Unidos. Su propósito fue investigar el proceso de adquisición de la identidad sexual en personas que partían de un estado de intersexualidad. En este sentido, observó que las personas hermafroditas adultas poseían una identidad definida a pesar de su ambigüedad biológica. Money llegó a la conclusión de que la identidad sexual no depende solo de la constitución biológica, sino fundamentalmente del efecto del tratamiento que se le dé al bebé en función de la rotulación que se haga a partir del sexo atribuido. Es por esto por lo que utilizó el concepto género (*gender*) puesto que, según este autor, son las atribuciones culturales al sexo las que explican la adquisición de la identidad sexual.

Este autor denominó «sexo de crianza» al tratamiento educativo y social, tipificado sexualmente, que recibe el bebé. Este tratamiento incluye los estereotipos culturales compuestos por las prescripciones y las expectativas

que una sociedad determinada aplica a cada uno de los sexos biológicos. El sexo somático, representado en los genitales, es el estímulo que determina la rotulación sexual y la aplicación del «sexo de crianza». Antiguamente los estudios perinatales eran deficitarios, por ello, el diagnóstico del hermafroditismo se producía en muchas ocasiones con posterioridad a la adquisición de la identidad sexual. Como los hermafroditas se caracterizan por su estado de intersexualidad, sus genitales son con frecuencia ambiguos. En ocasiones la asignación del «sexo de crianza» se realizaba por una determinación errónea del sexo biológico, dada la ambigüedad anatómica. A partir de este hecho, Money comprobó que la identidad sexual del hermafrodita estaba determinada más por el «sexo de crianza» aplicado que por la condición biológica del sujeto. Su experiencia en este campo le llevó a desarrollar el estudio de la adquisición de la identidad de género. La coherencia de sus afirmaciones ha perdido intensidad a partir de otro tipo de hallazgos, como el llamado «síndrome de las niñas dominicanas» que veremos posteriormente.

Algunos planteamientos extremadamente reduccionistas dirían que el sexo es todo lo referido a los aspectos biológicos de la sexuación y el género todo lo relacionado con los aspectos culturales asociados a la variable sexo.

Aun siendo este planteamiento un tanto burdo, nos puede servir como punto de inicio. En efecto, el sexo, como ya hemos indicado reiteradamente, se origina en el tránsito evolutivo del sistema de reproducción asexual al sexual. Ello crea la necesidad de generar dos formas, dos sexos⁴. Por tanto, el sexo se basa fundamentalmente en lo biológico, pero no se limita solo ello. La propia diferenciación sexual marca diferencias funcionales que se expresan comportamentalmente y que tienen un significado social en el establecimiento de las relaciones interpersonales y grupales desde el ambiente primitivo de socialización.

Aproximémonos al concepto «sexo»: Juan Fernández (1988) se refiere a él del siguiente modo:

[...] La variable compleja «sexo» implica unos procesos de sexuación prenatales de tipo fundamentalmente biológico (niveles genético, endocrino y neurológico) a la par que un desarrollo a lo largo del ciclo vital de carácter eminentemente psicosocial en su doble vertiente de la consideración del sexo como «variable estímulo» —la interacción comportamental en función del estímulo «sexo»— y de su consideración como «variable sujeto»: las variables de personalidad, aptitudinales, etc., y el desarrollo sexual en cuanto tal.

Vemos como no se pueden desgajar los contenidos estrictamente biológicos de la sexuación, de los efectos psicosocioculturales que produce. Como dice Martínez Benlloch (1999):

⁴ Recordemos el análisis etimológico de vocablo «sexo», del latín *secare*: separar.

[...] En las sociedades conocidas la categoría sexo impregna todos los aspectos de la vida sociocultural y personal apelando, en una primera acepción, a las características biológicas que permiten diferenciar al macho de la hembra y que incluyen, básicamente aspectos vinculados con la procreación y la sexualidad. En una segunda acepción alude a los componentes psicosociales y culturales que se atribuyen a cada uno de los sexos, si bien debemos tener en cuenta que actualmente a este segundo sentido se le denomina género.

Desde mi punto de vista, el género tiene dos claras vertientes. La primera se refiere a los contenidos socioculturales, tal y como venimos considerando. Se refiere a los constructos «masculinidad» «feminidad». Se trata del ideal que figura en el imaginario colectivo de lo masculino, de lo femenino y de la posición que en el orden social deben ocupar.

La segunda se refiere a la experiencia personal. Cada persona que ha desarrollado su «desdoblamiento», es decir, su proceso de sexuación, se integra en un contexto social caracterizado por un discurso y unos contenidos en el sentido que indicábamos en el párrafo anterior. Desde el punto de vista personal, se trata de la experiencia personal de la integración dialéctica entre las prescripciones culturales respecto a las expectativas de género y la propia sexuación. El resultado se expresa a través de las categorías que cada persona utiliza para definir su autoconcepto, su modo personal de sentirse mujer u hombre, más allá de la mera descripción biológica y de los estereotipos culturales.

El «género» se refiere a las atribuciones que la cultura ha ido realizando a la realidad sexo desde el ambiente primitivo de socialización hasta nuestros días.

En el origen, estos se circunscribieron a la supervivencia de la especie, por ello los «papeles» asignados a cada sexo se ajustaban a la reproducción y a las funciones compatibles con ella, en el caso de las hembras, y a la defensa y protección de la prole en caso de los machos. Es evidente que nos hallamos muy lejos de aquel ambiente primitivo de socialización; por tanto, en la medida en que la especie humana se ha ido desarrollando, los contenidos de la identidad de género se han transformado según las características de la propia cultura. Por ello, el género tiene un origen biocultural y sus contenidos están estrechamente relacionados con la organización social que el grupo dominante impone, el cual asigna diferentes funciones según el sexo, el estado, la edad, la profesión, etcétera (López, F., 1988).

Lo que a la psicología de la sexualidad le interesa es «la resultante», es decir, el modo personal de sentirse mujer u hombre, que, obviamente, es el resultado de la integración de los distintos niveles de sexuación, que van desde los biológicamente más simples hasta los psicosocioculturales más complejos.

Juan Fernández (1988) indica que el «género»:

[...] hace referencia a una realidad compleja fundamentalmente psicosocial, que se asienta, en un comienzo, en la variable sexo y que interactúa continuamente con ella a

lo largo de todo el ciclo vital. El estudio de roles, estereotipos, masculinidad y feminidad, etc., se encuadrarían dentro de esta realidad de género.

Martínez Benlloch (1999) considera al género como una categoría de relación. Hace referencia a la especificidad de rasgos y características psicosociales asociados a la dicotomía sexual.

[...] Es pues un deber ser social, una categoría basada en las definiciones socioculturales relativas a las formas en que deben ser diferentes varones y mujeres... La investigación antropológica informa que no hay dos culturas en las que coincidan en qué se diferencia un género de otro, de ahí que este será un constructo social dinámico que variará en función de las culturas, los grupos étnicos y las clases sociales, sin olvidar la posición de las mujeres, en tales grupos.

Si convencionalmente, como indica Martínez Benlloch, a los componentes psicosociales y atribuciones culturales se ha convenido en denominar «género», entonces lo aceptamos. Sin embargo, cuando la sexología decide utilizar el concepto de «sexo» como una realidad multidimensional que incluye los componentes psicosociales y las atribuciones culturales, pues tampoco lo discutiríamos, porque en el fondo se está hablando de lo mismo.

A partir de estas aproximaciones conceptuales resulta necesario estudiar las interacciones entre el sexo y el género. Ello nos ayudará a una mejor comprensión. Como ya ha sido apuntado en la cita de Juan Fernández, resulta de gran interés considerar el sexo en una doble dimensión: el sexo como variable estímulo y el sexo como variable sujeto (véase figura 3.1).

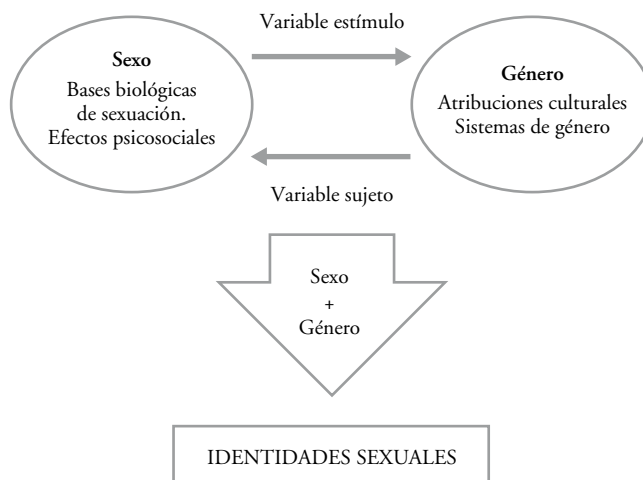


Figura 3.1. El sexo como variable estímulo y variable sujeto.

En primer lugar, el sexo funciona como *variable estímulo* en la medida en que la sexuación corporal, simbolizada en los genitales (sexo gonofórico), estimula al medio social activando las atribuciones y contenidos que la cultura prescribe para cada sexo. Dicho de otro modo, el sexo, en cuanto expresión de la diferenciación sexual, estimula al género, en cuanto conjunto de atribuciones y expectativas culturales. Se considera al sexo como variable estímulo cuando se estudian los efectos psicosociales del proceso de sexuación entendiendo el sexo como una categoría psicosocial y cultural.

En segundo lugar, el sexo como *variable sujeto* se refiere a los contenidos que la persona integra en la construcción de su identidad, en relación con la interacción con el medio social, expresado en rasgos de personalidad, actitudes, aptitudes, etc. En términos de investigación en el ámbito de las ciencias sociales, cuando la finalidad de la investigación consiste en poner de manifiesto las diferencias psicológicas entre mujeres y varones, el sexo es considerado como variable sujeto.

A modo de resumen:

- *Sexo*. Procede del verbo latino *secare*, que significa «separar». En la evolución de las especies, se produce un tránsito del sistema de reproducción asexual al sexual. Este nuevo sistema requirió de separación o división de la especie en dos formas, machos y hembras. El «sexo» hace referencia a cada una de las partes. Para Amezcua el sexo es la constitución como ser sexuado, mientras que la sexualidad es el modo de vivir esta realidad. En el ámbito de lo coloquial el término «sexo» tiene diferentes acepciones: sinónimo de «género» en los documentos (sexo femenino, sexo masculino), sinónimo de actividad sexual, sinónimo de genital, etcétera.

Hace referencia a los dos grupos referenciales (hembras y machos), producto de la diferenciación sexual que filogenéticamente hereda el ser humano, como resultado de la evolución de las especies.

No cuestionando en absoluto los dos grandes grupos sexuales, machos y hembras en términos biológicos —mujeres y hombres en términos humanos— el sexo se caracteriza por una gran variabilidad de tipos de sexuación, tanto morfológica como comportamentalmente en el interior de cada grupo.

El sexo constituye la base biofisiológica de sexuación que tiene una influencia evidente en la constitución de la identidad individual, relacionada con la imagen corporal y con lo que podemos denominar la sexualización cerebral (LeVay, 1993). Esta se expresaría a través de características funcionales, organización del erotismo y tendencias de acción en relación con algunos comportamientos de tipo neuroendocrino asociados con la sexuación.

En el ámbito social el sexo funciona como variable estímulo en tanto que tiene la capacidad de activar la reacción cultural en relación a las atribuciones ancestrales que se han ido fraguando respecto a él.

- *Género*. Es una realidad compleja basada fundamentalmente en el conjunto de atribuciones culturales que se vierten sobre el «sexo» biológico.

Desde el punto de vista sociocultural se trata de las características y rasgos considerados apropiados para hombres y para mujeres conforme a una ideología dominante. Se refiere a las prescripciones que el medio social impone respecto a la expectativa que subyace en el imaginario colectivo acerca del ideal de masculinidad y feminidad. Es el «deber ser» social respecto a la masculinidad y feminidad.

Desde el punto de vista personal, comprende todas las categorías que cada persona utiliza para definir su autoconcepto, más allá de la mera descripción biológica. Es el resultado de la integración dialéctica entre las prescripciones culturales respecto a las expectativas de género y el propio proceso de sexuación.

Es un error identificar el «sexo» con lo biológico y el «género» con lo cultural. La interacción de ambos sistemas explica la construcción compleja de las «identidades». La génesis de las subjetividades masculino-femeninas se produce en un sistema de género que se caracteriza por la asimetría de poder de lo «masculino» sobre lo «femenino».

3. Identidad sexual y de género en el seno de la identidad globalmente considerada

La fecundación del óvulo inicia el proceso de sexuación en la primera de sus etapas que se desarrolla a lo largo del periodo intrauterino. Al final de este periodo el organismo ha sido sexuado en sus diferentes niveles, genético, gonadal, gonofórico, hipotalámico hipofisario, etcétera.

Se ha producido el dimorfismo sexual propio de nuestra especie. A continuación se produce un hito fundamental como es el nacimiento. En este momento el cuerpo sexuado se integra en un ámbito sociocultural que es portador de un discurso acerca de la sexualidad que contiene todas las atribuciones que la cultura ha ido forjando a través de los siglos. Recordemos las consideraciones hechas anteriormente acerca del sexo y del género, del sexo como variable estímulo y como variable sujeto y su interacción con el género.

Desde el punto de vista psicológico se abren todos los procesos de desarrollo evolutivo como el cognitivo, el socio-afectivo y la socialización

entre otros. El ser humano que nace indefenso pero con una evidente predisposición para el apego con los adultos y para la interacción. Inicia el camino que le permitirá el desarrollo de la diferenciación de sí mismo: Se trata de la génesis del YO, como un ser diferente de los demás, único e irrepetible.

La psicología en general y desde sus diferentes especialidades, como la psicología de la personalidad, la evolutiva y otras, ha estudiado tanto la génesis como el desarrollo del yo.

El elemento más crucial del desarrollo personal es la génesis del «yo», la conciencia de uno mismo, la identidad personal. La conciencia de sí mismo no es algo que exista desde el principio. Es una realidad que, aunque inicie su formación de manera muy temprana, requerirá de un largo proceso para su consolidación.

Como indica Jesús Palacios (1999), el interés por el estudio del desarrollo del yo apareció ya en los orígenes de la psicología moderna. James, a principios del siglo xx, estableció la diferencia entre el «yo» como sujeto, el que conoce, del «mí» como objeto, como lo conocido (véase figura 3.2). A lo largo del siglo xx las diferentes escuelas psicológicas fueron proponiendo teorías explicativas. Autores vinculados al interaccionismo simbólico indicaron que el yo es una construcción social. Las personas significativas para el niño o niña son el espejo en el que estos se miran. De este modo irá construyendo su propio yo a través de la imagen que los otros significativos proyectan de él.

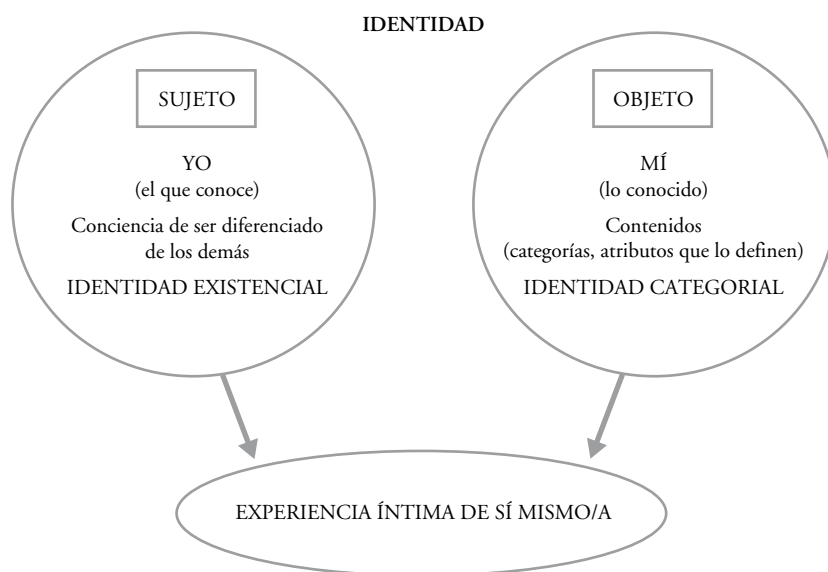


Figura 3.2. Identidad existencial, identidad categorial.

El psicoanálisis explicó el *yo* como la instancia psíquica que debe resolver el conflicto entre los deseos y las normas externas, entre el *ello* y el *superyó*.

No puede dejar de citarse a otros autores que defendieron el origen sociogénico de la génesis de la identidad como Wallon o Vygotski. El primero consideraba al *yo* como una «bipartición íntima» de las relaciones con los otros. El segundo pensaba que la individualidad se refracta a través del prisma de las relaciones con otras personas.

Tal y como indica Palacios (1999), el estudio del *yo* estuvo poco menos que vedado por la aparición del predominio del conductismo, al cual no le interesaban los procesos internos sino la conducta observable, es decir, la relación estímulo-respuesta y sus consecuencias. Por otro lado, la falta de interés acerca del estudio de la génesis del *yo* se debió a la gran influencia de la obra de Piaget, que consideraba al niño como un ser fundamentalmente egocéntrico centrado en la construcción del pensamiento.

El estudio del *yo*, desde el punto de vista evolutivo, renace a partir de la década de los setenta en Estados Unidos pero de una manera menos consistente. Es la consecuencia de una clara tendencia ateorista de los autores norteamericanos, los cuales se basan más en la acumulación de datos empíricos de los que deducen conclusiones, que en la consolidación de modelos teóricos a través de evidencias empíricas.

Sin duda, la teoría del apego propuesta y desarrollada a lo largo de las cuatro últimas décadas del siglo xx ofrece un marco teórico de gran solvencia para la comprensión del desarrollo del *yo* y sus interacciones socioafectivas. La génesis del *yo* ocurriría en el proceso de vinculación afectiva con la persona cuidadora. En esta relación surge el modelo interno (*internal working model*) que está compuesto por el modelo de sí mismo y el modelo de los otros (Bowlby, 1969).

Como venimos reiterando, no se puede comprender el desarrollo del *yo* sin considerar la propia sexuación. Si nos apoyamos en los autores que cimentan sus teorías en el origen sociogénico de la diferenciación de la individualidad y consideramos que el medio sociocultural está fuertemente estereotipado desde el punto de vista sexual, entonces debe ser atendida la perspectiva de género en el desarrollo.

No es objetivo de este punto desarrollar pormenorizadamente la diferenciación evolutiva del *yo*, por eso remitimos a las principales aportaciones de la psicología evolutiva y de la personalidad. No obstante, acotaremos algunos conceptos que nos resultan útiles y necesarios.

El *autoconcepto* es la descripción o definición de uno mismo basado en los rasgos o características más relevantes en cada edad. Se trata, por tanto, de una cuestión cognitiva. Depende del momento evolutivo, por ejemplo, en la primera parte de la infancia, cuando la atención se centra en rasgos aislados de la realidad y los niños no poseen la capacidad cognitiva de rela-

cionarlos en una integración coherente, la definición del sí mismo se basa en una mera enumeración de rasgos, atributos, comportamientos, etc. A medida que aumenta la edad se adquiere nuevas capacidades de relación, abstracción, síntesis, por ello iremos encontrando descripciones más complejas de uno mismo.

La *identidad* es un concepto más amplio y elaborado. Se basa, cómo no, en el desarrollo cognitivo pero tiene una naturaleza mucho más psicosocial que el autoconcepto. Se trata de la integración en un todo razonablemente coherente, del pasado, del presente, y de los deseos y aspiraciones de futuro (Palacios, 1999). La identidad es en definitiva la teoría de sí mismo que la persona desarrolla a través de su experiencia, especialmente en la relación con otras personas. Recordemos: los otros significativos como espejo de uno mismo.

Destacaremos dos dimensiones: la «identidad existencial» que se refiere al *yo* en cuanto sujeto, la conciencia del sí mismo distinto de los demás, una entidad propia que permanece a través del tiempo. La «identidad categorial» que, en cuanto objeto, se refiere a las categorías por las cuales uno puede definirse a sí mismo. La identidad por tanto comprende diversas categorías. Algunas permanecen en el tiempo y otras se transforman y cambian a lo largo del ciclo vital.

A lo largo de la adolescencia, al hilo del desarrollo personal, aparecen cambios estructurales y nuevas capacidades que hacen de la identidad una realidad cada vez más compleja. Marcia (1980) considera que a lo largo de la adolescencia se van fraguando, redefiniendo y consolidando, dimensiones esenciales en la conformación de uno mismo como son: la identidad sexual y de género, la identidad vocacional y la identidad ideológica. Se trata de responder a las preguntas que uno mismo puede formularse: ¿Quién soy yo? ¿Quién quiero ser? ¿Qué cosas considero importantes, decisivas o valiosas para mí? ¿Qué lugar quiero ocupar en la sociedad? Desde la perspectiva de la sexualidad podemos añadir las siguientes preguntas: ¿Cuál es mi modo de ser mujer u hombre? ¿Cuál es el modo de ser mujer u hombre que quiero ser? Estos aspectos los desarrollaremos posteriormente, en el momento de abordar la adolescencia.

En términos psicosexuales no es posible entender la identidad sin su categoría sexual: «Yo soy yo [identidad existencial]... que soy mujer o que soy hombre [identidad categorial] y todo lo que me define como tal». Por ello la identidad sexual es una categoría permanente del *yo* (López, 1988).

Debemos insistir en el hecho de que los conceptos hombre o mujer son enormemente flexibles y plásticos tanto desde un punto de vista biofisiológico como psicosocial, tal y como veremos en puntos posteriores. Por tanto, respecto a la identidad sexual en tanto que categoría del *yo*, existen tantos modos de ser mujer u hombre como personas, cuestión extremadamente

relevante para comprender la diversidad sexual en el ámbito de una sociedad que tiende a estereotipar extraordinariamente la cuestión de los sexos.

La *autoestima*. Si el autoconcepto es una dimensión en buena medida cognitiva, la identidad hace referencia a la entidad que constituye uno mismo con un marcado talante psicosocial, la autoestima es una dimensión marcadamente valorativa. En efecto, hemos visto de forma sucinta la toma de conciencia de uno mismo y las características de la identidad. La cuestión ahora es cómo uno valora sus resultados. ¿Cómo me valoro a mí mismo? ¿En qué medida valoro mis características personales? ¿Hasta qué punto valoro mis capacidades y estoy orgulloso o defraudado por ellas? La autoestima, como indica Jesús Palacios (1999), es un producto psicológico que unas veces se acompaña de un signo positivo y otras de un signo negativo.

El sentido del signo depende de la distancia entre la valoración personal y las expectativas que se tengan respecto a alguna cuestión en concreto, es decir, de la importancia que para uno tenga tal cuestión. Por ejemplo, alguna persona puede hacer una valoración muy negativa de su capacidad para liderar proyectos, sin embargo le otorga poca importancia a tal capacidad puesto que valora más ser un miembro eficaz de un equipo que liderarlo. Si esta persona se considera eficaz trabajando en equipo su autoestima será positiva, a pesar de hacer una valoración muy negativa de una capacidad en concreto.

Los teóricos e investigadores de la autoestima debaten sobre si debe considerarse la autoestima como una dimensión global o esta está compuesta por dimensiones diferentes, es decir, ¿Una autoestima o varias? Otra cuestión es si la autoestima es un rasgo permanente de personalidad, o por el contrario una dimensión que varía considerablemente a lo largo de las edades. No es objetivo de este punto profundizar en tales cuestiones, por ello remitimos a los lectores a la bibliografía indicada.

Desde el punto de vista del desarrollo psicosexual, la autoestima en relación con la identidad sexual y de género es una cuestión sumamente relevante para el bienestar personal. Recordemos que se trata de una valoración de nuestro modo de ser mujeres u hombres que puede tener signo positivo o negativo. Recordemos también que vivimos en una sociedad extremadamente exigente respecto a los modelos sexuales tanto de tipos (cánones de belleza) como de comportamientos, por un lado, y, por otro, considerablemente sexista.

Sin duda la adolescencia es un momento crucial para el desarrollo de la autoestima sexual. Las preguntas que un adolescente se planteará en algún momento pueden ser: ¿qué valoración hago de mi cuerpo, de mi imagen corporal? ¿Cuál es el ideal de hombre o de mujer para mí? ¿Qué valoración hago de mi modo de ser hombre o mujer? ¿Qué distancia existe entre el ideal de sexuación y mi propia realidad sexual? ¿Me siento orgulloso u orgullosa de ser como soy?

Habiendo visto de manera sucinta los contenidos básicos acerca de la identidad, es necesario precisar, tratando de acotar, los conceptos de identidad sexual e identidad de género. A modo de definición diremos:

La *identidad sexual* es un juicio (soy mujer, soy hombre) sobre la propia figura corporal, basado en las características biológicas (genitales, figura corporal).

La *identidad de género* es un juicio de autoclasificación como hombre o como mujer, en base a las atribuciones que las diversas culturas han ido aplicando a los sexos biológicos. Los elementos de la identidad de género provienen de los roles atribuidos a cada sexo. Así como el referente de la identidad sexual es el cuerpo sexuado expresado a través del dimorfismo, los referentes de la identidad de género son los estereotipos basados en los constructos masculinidad-feminidad ⁵.

La identidad sexual, como vemos, tiene un carácter más objetivo en la medida en que surge de la toma de conciencia de la propia sexuación biológica que es irrefutable, aunque enormemente flexible. La identidad de género, sin embargo, tiene un carácter más subjetivo en la medida en que se basa en convenciones de tipo cultural. Es por esto por lo que no es fácil delimitar los contenidos de género, que pueden variar de cultura a cultura, de generación a generación y de subgrupo a subgrupo.

Si consideramos, como diría Carl Rogers, el proceso de convertirse en persona, en algún momento del desarrollo se produce una confrontación personal entre la identidad sexual y los contenidos de la identidad de género. Por ejemplo, una persona, que parte de su propia sexuación, adquiere su identidad sexual en función de su cuerpo sexuado. La socialización la «obliga» de algún modo a interiorizar las prescripciones (contenidos de género) que la sociedad le marca en función de su sexo.

La gran discordancia entre identidad sexual y de género hizo posible, a mediados del siglo XIX, la reivindicación general de las mujeres, plasmándose en las diversas corrientes del feminismo. También la lucha por la libertad sexual y el respeto a la diversidad impulsados por el movimiento de homosexuales (gays y lesbianas) han puesto de manifiesto esta discrepancia entre identidad sexual y de género. Recientemente está surgiendo con fuerza la visibilización de las personas transexuales y transgénicas que reivindican su modo de expresar su sexuación que parte precisamente del conflicto entre la identidad sexual y la de género.

En nuestra reflexión teórica, como veremos posteriormente, lo que realmente nos interesa desde la perspectiva de la psicología de la sexualidad es la resultante. Diferenciar identidad sexual e identidad de género tiene un claro valor didáctico. Sin embargo, la experiencia personal respecto a la

⁵ Profundizaremos en este tema en el punto dedicado a los roles de género.

identidad, globalmente considerada, es la síntesis de ambas que no pueden excluirse mutuamente. Lo que realmente nos interesa es el «modo» en que uno se percibe a sí mismo o a sí misma, como mujer u hombre, más allá de los estereotipos. En este «modo de ser» se incluye la integración del propio cuerpo sexuado y de la imagen corporal del que se deriva, los elementos o categorías que definen a uno o a una misma, las identificaciones que se despliegan en relación con referencias externas.

Aplicando los conceptos vistos anteriormente, diremos que la identidad sexual y de género es la teoría que cada persona construye acerca del modo en que se siente y se expresa como mujer u hombre, realidad que se conforma a través de una proyección retrospectiva y prospectiva que incluye, no solo contenidos, sino expectativas e ideales. El autoconcepto sexual es una descripción puramente cognitiva que evoluciona al hilo del desarrollo cognitivo general. La autoestima sexual es la valoración, positiva o negativa, que uno hace de su modo de ser mujer u hombre en relación también con el contexto social de referencia. La autoestima sexual no solo hace referencia a la valoración del modo de ser sexuado, sino a la valoración del desempeño erótico en relaciones compartidas.

Una persona puede sentirse orgullosa y psicológicamente estable defendiendo su modo de ser y de entender su sexuación fuertemente discrepante con los valores establecidos. Otra, sin embargo, puede sufrir ostensiblemente porque cree que no da la «talla» respecto a lo que se espera de él o de ella en tanto que hombre o mujer. Este sufrimiento condiciona todas las áreas personales, sobre todo las directamente implicadas en las relaciones interpersonales, en especial el espacio de la intimidad y el erotismo. Son precisamente estos ajustes o desajustes en el plano personal, lo que interesa a la psicología de la sexualidad.

En función de este centro de interés, como es la resultante de la sexuación que incluye valores sexuales y genéricos, nos resulta un poco incómodo reiterar constantemente «identidad sexual y de género». Por ello, en este texto, cuando empleamos el término «identidad sexual» nos referimos a la resultante que incluye, por supuesto, todos los contenidos de género, salvo que en algún contexto determinado especifiquemos la restricción del concepto. Del mismo modo, cuando utilizamos identidad de género, no dejamos de contemplar los aspectos biofisiológicos de sexuación que interviene en la resultante final.

4. Los roles de género

Antiguamente, nos referimos a épocas anteriores a la industrialización, los roles se asignaban en relación con las funciones que cada sexo desarrollaba.

Al hombre se le asignaba el rol de trabajador que hace posible el mantenimiento y defensa del núcleo familiar; a la mujer la crianza y los comportamientos compatibles con ella. En términos psicosociales, la masculinidad refleja los valores, actitudes y comportamientos propios de los hombres en función de este reparto de roles y la feminidad en relación con las mujeres. Masculinidad y feminidad se convierten en referencias culturales cuya inercia llega a nuestros días. Masculinidad-feminidad son conceptos contrapuestos, excluyentes entre sí y fuertemente estereotipados. La valoración de sus contenidos responde a la asimetría que se establece entre los grupos sexuales. Lo masculino ha sido socialmente mejor valorado, ostenta superioridad, dominio y privilegios. Lo femenino ha sido peor valorado en la medida en que se considera como algo subsidiario, de segundo orden y al servicio de la masculinidad portadora de los valores fundamentales para los seres humanos.

El pensamiento socialista a partir de mediados del siglo XIX, Engels, Marx, Bebel, entre otros, denuncian la injusticia estructural que contiene esta distribución de papeles que perpetúa el mantenimiento de los privilegios masculinos y la secular discriminación de la mujer. Esta realidad se muestra mucho más evidente a partir de la industrialización, fenómeno que exige la presencia masiva de mano de obra, recabando también la participación de las mujeres. El incipiente movimiento feminista denuncia la injusticia de la doble jornada laboral para infinidad de mujeres proletarias. Sin duda, por primera vez en la historia se cuestiona de manera fehaciente los papeles asignados a cada sexo.

Antes de proseguir conviene definir el concepto de *rol de género*: se refiere al papel (en el sentido del actor o actriz) que desempeñan las personas respecto a su identidad sexual y de género. Se trata de la expresión comportamental de la propia identidad de género del modo en que cada persona se sitúa como mujer u hombre.

¿Qué ha dicho la psicología en relación a los roles de género? ¿Cuál es el significado en términos psicológicos de conceptos tales como «masculinidad» «feminidad»?

La psicología clásica en realidad no ha hecho mayores aportaciones críticas. Se limitó a describir aquello que observaba. Parsons (1955) caracteriza la masculinidad como una orientación «instrumental», una forma de conocer focalizada en resolver problemas, mientras la feminidad era vista como una orientación «expresiva» tendente a mantener intereses afectivos por los demás y a favorecer la armonía del grupo. Bakan asocia masculinidad con una orientación activa más centrada en intereses individuales y la feminidad como una orientación «comunitaria» más concentrada en las relaciones de uno mismo con los demás. Erikson (1968) afirma que las diferencias anatómicas genitales (órganos externos en los hombres e internos en las mujeres) representan simbólicamente las diferencias psicológicas. El

hombre inclinado hacia el trabajo, lo que puede hacer construyendo o destruyendo. La mujer con una orientación más ética, más preocupada por buscar la paz y más inclinada a acoger a los demás. En la revisión de la literatura empírica se pueden identificar dos modelos que relacionan el sexo y el género (véase figura 3.3).

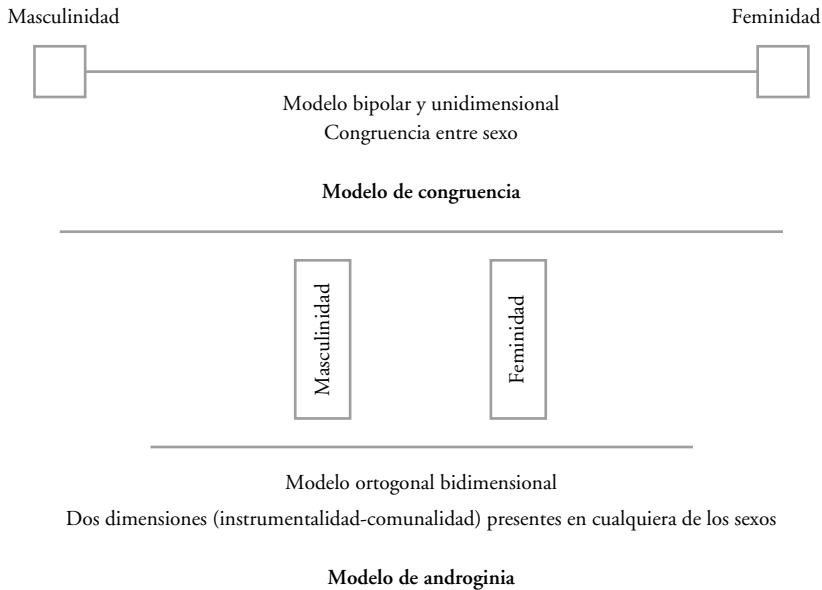


Figura 3.3. Modelos de congruencia y androginia.

4.1 Modelo de congruencia

Los planteamientos anteriores están incluidos en lo que se ha venido en denominar «modelo de congruencia». Para este, masculinidad y feminidad son dos dimensiones presentadas como polos opuestos en un mismo continuo. Se presenta como un modelo bipolar y unidimensional. Considera que los polos son incompatibles entre sí. Una persona no puede tener características masculinas y femeninas al mismo tiempo. Si fuese así, esta se consideraría inadaptada, fuera de la norma, puesto que la sociedad «exige» congruencia, es decir, a un cuerpo de mujer le corresponde un comportamiento estrictamente congruente con lo que socialmente se espera de ella, igualmente para los hombres.

La congruencia consiste en que a una sexuación masculina (un cuerpo de hombre) le corresponde la masculinidad como rol de género y a una sexuación femenina (un cuerpo de mujer), la feminidad. Obsérvese que detrás de este modelo subyace un modelo de salud mental. Las personas con mayor congruencia entre su sexo y su género serían las psicológicamente

más «sanas». Algunos inventarios de personalidad mantienen este criterio. Obsérvese, por ejemplo, la escala «masculinidad-feminidad» del test de personalidad Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI (Hathaway y McKinley, 1940).

No cabe duda de que estas posiciones en la actualidad son difíciles de mantener porque no contemplan la diversidad de la sexuación humana, ni los cambios que la modernización y los avances sociales y tecnológicos están produciendo en las relaciones entre las mujeres y los hombres.

4.2 Modelo actual o de androginia

Desde el ámbito científico se produce una evolución importante en el debate entre el sexo y el género a partir de las aportaciones realizadas por Constantinople (1973). Esta autora cuestiona formalmente la pertinencia del modelo de congruencia, puesto que este no resiste análisis ni psicométricos ni conceptuales.

Surgen entonces numerosos estudios en el ámbito de la denominada «androginia», siendo Sandra Bem (1974, 1981) una de sus pioneras. A partir de estos estudios surge lo que podemos denominar el modelo actual o de androginia⁶. Este modelo mantiene que la masculinidad y la feminidad no se pueden explicar como dos polos de un mismo continuo, sino como dos dimensiones independientes. Estas dimensiones pueden estar presentes en cualquiera de los sexos. Por ello, este modelo se plantea como ortogonal y bidimensional.

Detrás de este modelo también subyace un modelo de salud mental a partir del cual se mantiene que las personas psicológicamente más saludables son las andróginas por tener estas mayor capacidad de adaptación y de respuesta ante todo tipo de situaciones vitales.

Ahora bien, ¿qué hay detrás de los constructos «masculinidad» «feminidad»? ¿Cómo podemos operacionalizarlos?

Si se analiza el conjunto de valores, actitudes y comportamientos, obtendríamos dos dimensiones relacionadas con lo que convencionalmente podemos denominar «instrumentalidad» (*agency*): Interés por lo que uno puede construir o destruir, impulsividad, independencia, competitividad, predisposición al riesgo, capacidad para el liderazgo, capacidad de toma de decisiones, iniciativa, etc. Este conjunto de disposiciones las podemos considerar como tendencias autoasertivas.

Por otro lado, la «comunalidad» (*communality*) o «expresividad» se identifica por el interés por el cuidado del grupo, empatía, dependencia,

⁶ Androginia, del griego *andros*: hombre, *gyn*: mujer.

tendencia a la cooperación, apertura, afectuosidad, ternura, compasión, sensibilidad hacia las necesidades del otro, etc. Todas estas características las podemos valorar como tendencias integrativas.

El gran error del modelo de congruencia latente en los planteamientos ideológicamente más conservadores ha consistido en identificar la instrumentalidad como lo masculino y la expresividad como lo femenino.

Sin embargo, el modelo actual o de androginia mantiene que ambos polos, instrumentalidad y expresividad, pueden estar presentes en cualquiera de los dos sexos, siendo así que las personas que mejor integren ambas dimensiones serán psicológicamente más saludables porque poseerán mayor capacidad de adaptación (véase cuadro 3.1).

Cuadro 3.1. Características autoasertivas e integrativas

<i>INSTRUMENTALIDAD</i> (agency)	<i>EXPRESIVIDAD</i> (communality)
<i>Tendencias autoasertivas</i>	<i>Tendencias integrativas</i>
Iniciativa	Participación
Control	Contacto
Actividad externa	Apertura
Autoprotección	Unión
Autoexpansión	Cooperación
Autoconfianza	Alegría
Independencia	Afectuosidad
Asertividad	Lealtad
Capacidad de análisis	Simpatía
Capacidad de liderazgo	Sensibilidad o necesidad del otro
Predisposición al riesgo	Comprensión
Capacidad para tomar decisiones	Compasión
Autosuficiencia	Ternura

Vistas las cosas así podríamos prescindir de las etiquetas «Masculinidad» y «Feminidad» y sustituirlas por instrumentalidad y expresividad.

¿Quién podría mantener que una mujer no puede estar dotada de tendencias instrumentales, o que un hombre no puede estar dotado de tendencias integrativas?

La combinación de los distintos modos de sexuación (sexo) y las dimensiones instrumentalidad y expresividad (género) generan una resultante que constituye el modo, la manera particular de situarse en el mundo como mujer o como hombre, considerando que hay tantas formas de serlo como seres humanos. Ello en definitiva explica la enorme flexibilidad y ductilidad del proceso de sexuación, el origen de la diversidad sexual humana. Es su estudio lo que interesa a la Psicología de la sexualidad.

5. Proceso de sexuación

En la bibliografía general acerca de la sexualidad, el concepto «proceso de sexuación» se suele referir estrictamente a los aspectos biológicos: Diferenciación sexual intrauterina, sexualización corporal, aparición de caracteres sexuales primordiales, primitivos, primarios, secundarios, sexualización cerebral, etc.

Sin embargo, desde el enfoque de la Psicología de la sexualidad, por proceso de sexuación entendemos el conjunto de transformaciones que acontecen en los seres humanos para alcanzar el modo particular de ser mujeres u hombres. Es un proceso dinámico y enormemente plástico que hace posible la «diversidad». Es la integración⁷ de los distintos niveles que conforman el hecho sexual, desde sus bases biofisiológicas más simples, hasta las psicosocialmente más complejas, donde el sistema de *género* contribuye a conformar la subjetividad de lo masculino y femenino.

Desde este enfoque, el interés se centra en la resultante, es decir, en el modo que cada persona tiene de situarse en el mundo en relación a su sexuación. Se trata de la conciencia de ser una persona sexuada que se fragua en la integración de todos los niveles que conforman la sexuación en un sentido amplio. Tal conciencia, como ya hemos visto, forma parte de la propia identidad, globalmente considerada, siendo la identidad sexual y de género una categoría permanente del *self*, del Yo.

En resumen, desde el punto de vista de la Psicología de la sexualidad, el concepto de sexuación se refiere, no solo a los aspectos biofisiológicos de su desarrollo, sino que incluye también las variables de corte psicosocio-cultural, que intervienen en el proceso de construcción de la propia identidad, que es inevitablemente sexuada.

En realidad no es que seamos mujeres u hombres, sino que nos vamos construyendo como tales a través de un proceso que incluye tanto factores de desarrollo ontogenético, como factores de tipo psicosocial donde los contenidos culturales tienen un peso realmente importante.

Desde esta perspectiva se contempla la diversidad sexual humana como expresión de riqueza y no como un conjunto de anormalidades fruto de discrepancias respecto a un supuesto modelo preestablecido, propio de una visión sexista y conservadora.

En los siguientes puntos de este apartado, seguiremos el proceso de sexuación en todos sus pasos con el afán de comprender la resultante individual: la identidad sexual. La figura 3.4 representa de un modo esquemático la cronología aproximada, los hitos relevantes y los factores que intervienen en la formación de la identidad sexual y de género.

⁷ Confrontar las aportaciones de Félix López en el capítulo dedicado al concepto de sexualidad.

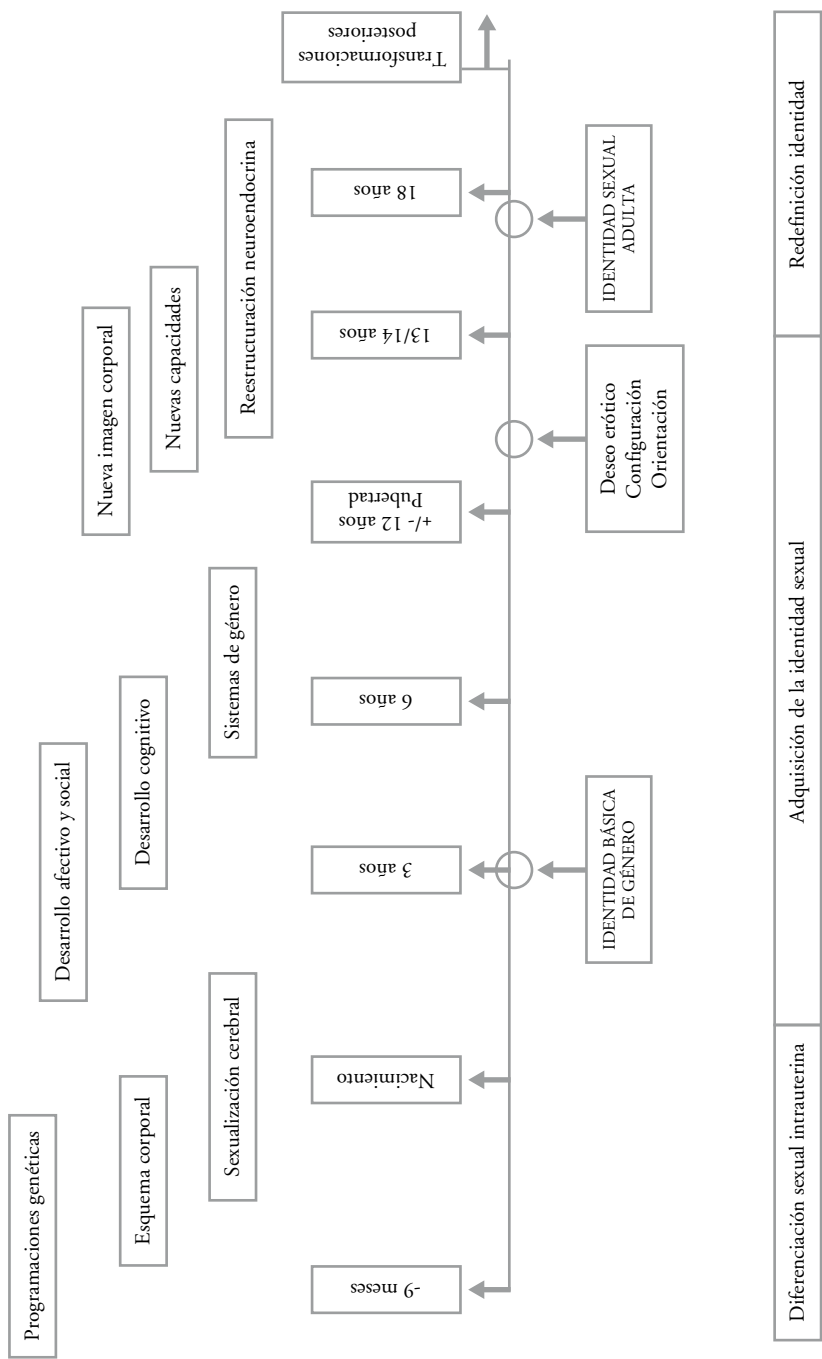


Figura 3.4. Esquema evolutivo de la identidad sexual y de género.

5.1 Diferenciación sexual

Para comprender adecuadamente el proceso de sexuación es imprescindible el conocimiento de sus bases biofisiológicas que constituyen el origen por el cual los seres humanos llegan a ser sexuados.

El enigma del sexo, en cuanto a la doble realidad mujer / hombre, ha sido representado en la mitología a través de los mitos de hermafrodita, o del demiurgo. Sin embargo, las teorías evolucionistas indican que la realidad sexo aparece en el momento en que las especies evolucionaron del sistema de reproducción asexual al sexual. La necesidad de adaptación provocó este cambio decisivo. Este tipo de reproducción sexual exigió transformaciones radicales, entre ellas la aparición del dimorfismo.

Dentro del mundo científico moderno no ha sido sino hasta la segunda mitad del siglo xx cuando se comenzó a estudiar en profundidad el proceso de diferenciación sexual intrauterina (Fernández, 1988). A partir de este hecho han sido numerosos los estudios de tipo citogenético y neuroendocrino que se han desarrollado, fundamentalmente a través de la experimentación animal y del estudio de seres humanos afectados de algún síndrome congénito relacionado con la sexuación, como los estados de intersexualidad tales como el hermafroditismo, los pseudohermafroditismos o los síndromes citogenéticos.

En aras a contribuir a una comprensión holística de la sexuación humana, la diferenciación sexual, tal y como se indica en la figura 3.4, constituye la primera etapa del proceso y su naturaleza es biológica.

La diferenciación sexual es un proceso de desdoblamiento que se inicia a partir de un estadio común, homólogo para ambos sexos, es decir, un momento de indiferenciación. A partir de este se abre un periodo crítico o sensible. La presencia de inductores específicos en este periodo producirá la diferenciación de las estructuras pertinentes (véase figura 3.5). En la aproximación al concepto de sexualidad decíamos que la sexualidad es integración de los diferentes niveles que conforman el hecho sexual. Estos son:

- **Sexo genético** (caracteres sexuales primordiales). El primer paso se inicia con la fecundación misma. La fusión de las células sexuales permite recuperar el cariotipo humano compuesto por 46 cromosomas. Recordemos que, en la formación de los gametos, el proceso de meiosis reduce a la mitad los cromosomas de las células sexuales. En este momento, la presencia o ausencia del cromosoma «Y» inicia el proceso y se constituye el primer nivel de sexuación: el sexo genético. Ya hemos insistido en la gran plasticidad del proceso de sexuación. En este sentido, la presencia en el cariotipo del par XX o XY no de-

termina la masculinización o feminización. Tan solo la orienta. Este nivel indica tan solo una direccionalidad, un proyecto que se inicia y que culminará en el hecho de ser mujer u hombre en toda su diversidad (ver cuadro 3.5).

- **Sexo gonadal** (caracteres sexuales primitivos). En el siguiente paso, nos encontramos con una nueva situación de indiferenciación protagonizada por la estructura denominada blastema común o gónada indiferenciada. Es una situación común y homóloga para ambos sexos. Será la presencia o ausencia del cromosoma «Y» la que provocará la diferenciación de este nivel. La acción del cromosoma «Y» sobre el blastema común está relacionada con el gen TDF (gen de diferenciación testicular), presente en ambos cromosomas. Para la diferenciación masculina, es necesaria una doble porción de gen TDF, situación que solo puede darse por la aportación del cromosoma «Y», puesto que en el caso del patrón cromosómico 46 XX solo actuaría la porción de uno de los cromosomas, dado que la otra sería neutralizada por la cromatina sexual, no siendo funcional (Chandra, 1985; Carrolles, 1990). Por tanto, en presencia del cromosoma «Y» la diferenciación es testicular por la proliferación de la médula de la gónada indiferente. En ausencia del cromosoma «Y», la diferenciación es ovárica, por la proliferación de la corteza (Czyba, 1978). Para que se produzca la masculinización es necesaria la presencia de las porciones de gen TDF en el periodo crítico de diferenciación. Llegamos de este modo al segundo nivel de diferenciación sexual: el sexo gonadal. Es de interés, para comprender la diversidad sexual humana, subrayar el hecho de que ya desde el origen cada persona parte con su propia peculiaridad que depende de la carga genética contenida en el gen TDF (véase figura 3.5).
- **Sexo gonofórico o genital** (caracteres sexuales primarios). Volvemos a una nueva situación de indiferenciación. Nos encontramos con otra situación homóloga para ambos sexos, en este caso son los tractos que darán lugar a los genitales internos y externos. Sin embargo, en el caso de la diferenciación masculina se ha producido un hecho cualitativamente decisivo. La diferenciación testicular conlleva la proliferación de las células de Leydig, y por tanto la aparición de los *andrógenos*. En lo sucesivo la presencia o ausencia de ellos será determinante. Los genitales internos masculinos están representados por los canales de Wolf y los femeninos por los de Müller. Los canales de Wolf solo proliferan en presencia de andrógenos y los de Müller lo hacen espontáneamente. La inhibición de estos en el caso de la diferenciación masculina se logra por la acción de la sustancia antimulleriana de origen testicular. En ausencia de andrógenos, los canales de Wolf no pro-

liferarán. Lo hacen espontáneamente los de Müller. La diferenciación se logrará por la presencia o ausencia de los andrógenos una vez abierto el periodo crítico de diferenciación correspondiente a este nivel (véase figura 3.5).

A continuación nos encontramos con la siguiente estructura sin diferenciar, como es el tubérculo genital y la abertura urogenital, común a ambos sexos que seguirá el mismo proceso. En presencia de andrógenos, el tubérculo genital se diferencia en pene y los pliegues de la abertura urogenital en el escroto, mientras que, en ausencia de andrógenos, el tubérculo se diferencia en clítoris y los pliegues urogenitales en los labios mayores y menores de la vulva. Llegamos pues al tercer nivel de diferenciación sexual: el sexo gonofórico o genital (véase figura 3.5).

Como vemos, la diferenciación del sexo gonofórico o genital se logra en dos momentos: diferenciación de genitales internos y diferenciación de genitales externos. Vemos cómo, para que se logre la masculinización, es necesario un «añadido»: los andrógenos. Sin ellos la tendencia natural es la feminización. Los genitales externos caracterizan la sexualización corporal. Desde el punto de vista de la futura adquisición de la identidad sexual, el sexo gonofórico tiene un relieve especial puesto que simboliza lo que culturalmente se considera lo «genuinamente» masculino o femenino. Este será utilizado como etiqueta o rótulo que hará que sobre el bebé se apliquen todas las atribuciones culturales a la realidad sexo, expresada precisamente por los genitales. Tal vez la primera exclamación en el nacimiento de un bebé es: ¡Es niña! ¡Es niño! Tal afirmación se basa en la observación del sexo gonofórico a través del cual se aplicará lo que Money y Ehrhardt (1972) denominarán el sexo de crianza, que veremos posteriormente (véase figura 3.5).

- **Sexo hipotalámico-hipofisario.** Por fin, el último nivel de indiferenciación en el periodo intrauterino es el correspondiente al eje hipotalámico-hipofisario. El mecanismo de acción es el mismo que en niveles anteriores. En presencia de andrógenos en el periodo crítico, la diferenciación hipotalámico-hipofisaria se realiza en sentido tónico. Se expresará, entre otras cosas, en la espermatogénesis continua de los hombres más allá de la pubertad. En su ausencia, la diferenciación del gonostato será en sentido cíclico, que se expresará en los ciclos menstruales de las mujeres a partir de la menarquía. De este modo se diferencia el gonostato hipotalámico-hipofisario (Czyba, 1978), centro regulador neuroendocrino, quedando en estado latente hasta que el reloj biológico de la pubertad lo active y cumpla así su función. Llegamos así al cuarto nivel de diferenciación sexual: El sexo hipotalámico-hipofisario (véase figura 3.5).

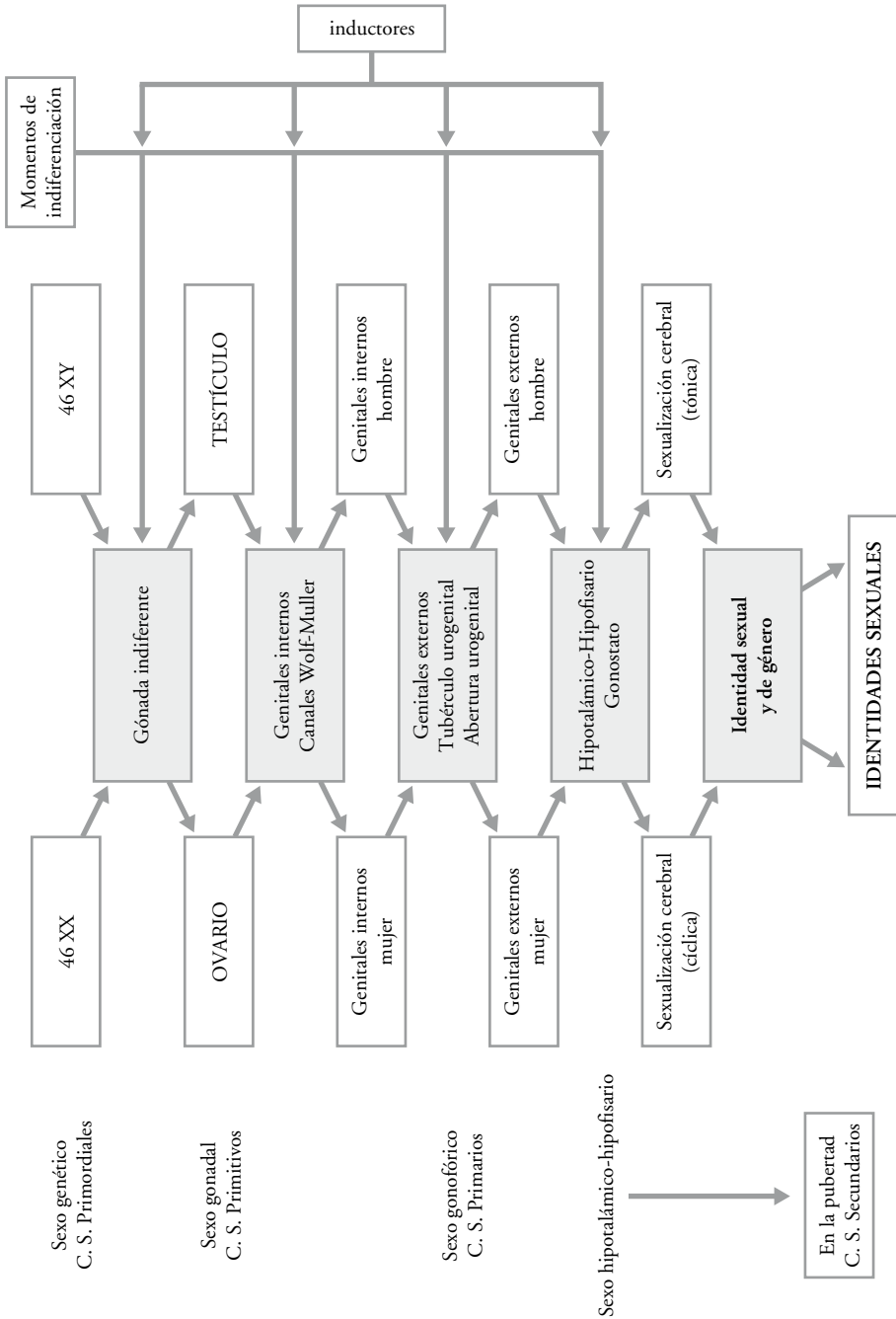


Figura 3.5. Esquema general del proceso de diferenciación sexual intrauterina.

En este momento del proceso de sexuación se diferencian también estructuras cerebrales responsables de diferencias entre los sexos. Como es sabido, el hipotálamo es responsable de la orientación erótica a través de determinados núcleos. La investigación con cerebros de rata demostró la existencia en ellas de un núcleo (concentración neuronal) en la zona anterior preóptica, responsable de la orientación de las conductas sexuales. Este núcleo es mayor en los machos y su diferenciación depende de la presencia de andrógenos en el periodo crítico. Estos núcleos han sido hallados también en el hipotálamo humano. En 1980 se descubrieron los núcleos intersticiales del hipotálamo anterior representados en cuatro series neuronales: INAH1, INAH2, INAH3 y INAH4 (LeVay, 1993). Se ha demostrado que la serie INAH3 es mayor en hombres que en mujeres y que esta diferencia se debe exclusivamente al sexo, es decir, es un núcleo dimórfico. La diferenciación de este centro se produce por exposición a andrógenos en un periodo crítico que tiene lugar en situación prenatal.

La traslación directa de estos datos a la sexuación de los seres humanos es sumamente arriesgada, dada su enorme complejidad. Sin embargo, y guardando las distancias, existen evidencias de un funcionamiento similar aunque más complejo. Los diversos autores que han estudiado el proceso de diferenciación sexual afirman que, en los momentos críticos del desarrollo prenatal, la testosterona, hormona sexual, funciona como un *organizador* de las conductas en el futuro. Es decir, lo que ocurra en el periodo crítico de diferenciación cerebral influirá en el comportamiento adulto, probablemente no de una manera determinante, sino generando tendencias. Es por esto por lo que se otorga tanta importancia a lo que ocurre en el periodo crítico de sexualización cerebral.

La testosterona en la vida adulta desarrolla un papel *activador* del comportamiento. Su presencia o ausencia, o su intensidad, determinarían la frecuencia e intensidad del comportamiento, no ya su organización.

Es importante indicar que para que se produzca la diferenciación en sentido masculino es necesario que, por un lado, estén presentes los andrógenos en el periodo crítico, y por otro, que los tejidos receptores sean sensibles a ellos. Dicho de otro modo, cuando en uno de los momentos críticos de diferenciación no se produce el efecto esperado puede deberse, o bien a la ausencia de andrógenos, o bien a la falta de sensibilidad de los tejidos receptores a los andrógenos. Esta segunda causa indicaría el origen genético de la diferenciación puesto que la sensibilidad a los andrógenos dependería de la acción de algún gen aún por descubrir (LeVay, 1993). En este sentido, un ejemplo evidente que describiremos posteriormente es el síndrome de insensibilidad a andrógenos.

Aquellos que se sitúan en una perspectiva netamente biologicista mantendrían que la configuración sexual de los seres humanos está claramente

determinada por las estructuras biológicas: genéticas, neuroendocrinas y fisiológicas. LeVay, por ejemplo, mantendría que todo acto humano es biológico. Si aceptamos un amplio relativismo, podríamos estar de acuerdo con él, puesto que no podemos negar que el pensamiento, el lenguaje o los comportamientos se sustentan en estructuras neuronales. La cuestión está en si estas determinan absolutamente el psiquismo humano o, por el contrario, este se sirve de ellas para sus fines. Otra cuestión relevante, al hilo de la anterior, consiste en plantearnos hasta qué punto las estructuras biológicas se modifican en función de la interacción social o esta está limitada por aquellas. En cualquier caso, no aceptaríamos un determinismo absoluto de las bases biológicas para comprender los diferentes modos de sexuación. Tampoco podríamos descartar la intervención de las estructuras biológicas en relación con la construcción social de la identidad de género. Las evidencias de las aportaciones de las investigaciones acerca del género que provienen del conjunto de las ciencias sociales ponen de relieve la potente influencia de la socialización en la construcción de la subjetividad masculina o femenina en el plano de la identidad global. Dado que el interés de la Psicología de la Sexualidad es comprender la resultante individual de la identidad y, por tanto, todos los factores que intervienen en ella, nos animamos a formular un pregunta más bien retórica, ¿cuáles son los pesos de las dos grandes variables intervinientes: factores biológicos de sexuación y procesos psicosocioculturales en relación a la construcción de la identidad?

Volviendo al desarrollo de este punto, diremos que las aportaciones del campo de las ciencias biológicas respecto al proceso de sexuación nos permiten comprender la enorme plasticidad de la sexuación y nos alejan de posturas extremadamente rígidas que han alimentado y justificado los estereotipos sexuales precisamente desde posturas biologicistas.

A continuación explicaremos algunas alteraciones que se producen a lo largo de la diferenciación sexual intrauterina, no con el ánimo de ahondar en aspectos patológicos, que excedería el propósito de este texto, sino para comprender mejor la plasticidad del proceso. Esta plasticidad biológica se mantendrá también en los procesos psicosociales de adquisición de la identidad. Recordemos que el interés de la Psicología de la Sexualidad consiste en comprender la «resultante» del proceso de sexuación, es decir, los diferentes modos de ser como resultado de la integración de los diferentes niveles de sexuación.

5.1.1 Síndromes citogenéticos humanos

Las anomalías que se han detectado hasta el momento en el ser humano a nivel citogenético suponen, bien la pérdida de un cromosoma, o bien la adi-

ción de uno o más supernumerarios. El interés que tiene conocer estos síndromes, desde la perspectiva de la sexuación humana, consiste en comprobar, desde la biología, la enorme plasticidad del proceso, lo que significa un apoyo empírico a la afirmación de que «hay tantas formas de sexuación y, por tanto, tantos modos de ser mujer u hombres como personas».

<i>Por pérdida de cromosoma</i>		<i>Por adición de cromosomas</i>	
45 Y	Letal	47 XXX	Síndrome de la Triple X
45 X	Síndrome de TURNER	47 XXY	Síndrome de KLINEFELTER
		47 XYY	

A partir de la información citogenética se puede deducir que en ausencia del cromosoma «Y» el tipo somático se diferencia como hembra. Cuando está presente por lo menos un cromosoma «Y» el tipo somático se diferencia como macho salvo que algún factor bioquímico intrauterino inhiba su acción. A continuación describiremos los siguientes síndromes:

- **Síndrome de TURNER (45 X).** Las personas que participan de este síndrome muestran un tipo somático femenino. Los ovarios están representados por residuos disgenésicos. El clítoris suele aparecer poco desarrollado. La deficiencia ovárica es responsable de falta de pubertad siendo preciso tratamiento hormonal. Su estatura suele ser limitada.

Desde el punto de vista del desarrollo cognitivo puede haber una deficiencia relativa específica en la inteligencia espacio-formal.

Salvo influencias excepcionales de tipo socioevolutivo, la diferenciación de la identidad sexual es de signo femenino. En la edad puberal puede existir, o no, un prolongado infantilismo psicosexual. Depende del momento de la inducción hormonal.

- **Síndrome de la Triple X.** Es compatible con tipo somático femenino normal, la fertilidad puede estar disminuida. Es posible que exista un retraso mental concomitante, pero no siempre. La identidad de género es de mujer.
- **Síndrome XYY.** Tipo somático masculino. Tienden a ser personas altas, a veces por encima de 1,82 m. En la época adulta la espermiogénesis puede estar disminuida pudiendo llegar a la esterilidad. Pueden aparecer alteraciones de conducta que se creen secundarias y que tienen que ver con la excesiva impulsividad.

Un débil control de impulsos puede conducir a la bisexualidad, casual o permanente, determinada quizá en parte por circunstancias sociales, contexto de socialización. Algunos presentan dificultades para enamorarse y mantener relaciones afectivas duraderas.

El cromosoma «Y» supernumerario ha sido considerado el cromosoma de la criminalidad, puesto que aparece a veces en personas implicadas en grandes crímenes en serie, aunque esta afirmación es difícilmente sostenible.

- **Síndrome de KLINEFELTER.** A diferencia de los demás, se puede considerar como representante del hermafroditismo citogénético, en el que el cariotipo 47 XXY puede considerarse como:

$$46 XX + Y \text{ o bien } 46 XY + X$$

Esto es más evidente en la variante 48 XXXY. El tipo somático es masculino. Su pene por lo general tiende a ser de reducido tamaño. Los testículos adultos no están descendidos por degeneración de los tubos espermáticos. Estas personas suelen ser infértiles. La producción de andrógenos es variable según los casos.

Este síndrome se caracteriza por una deficiente virilización pospuberal. Ello incluye que el deseo erótico tienda a ser hipoactivo. Tales carencias pueden ser corregidas por un tratamiento hormonal compensatorio. Puede conllevar riesgos psicopatológicos de muchos tipos, incluyendo retraso mental grave, anomalías o peculiaridades en el desarrollo de la identidad de género y en la configuración del deseo erótico. El cromosoma X supernumerario es un factor de inestabilidad en el funcionamiento cerebral que puede hacerles vulnerables, crear insuficiencias u obstaculizar el desarrollo.

5.1.2 Anomalías clínicas en la diferenciación gonadal

Una manera muy expresiva de comprobar la enorme plasticidad del proceso de sexuación en esta etapa de diferenciación sexual intrauterina consiste en analizar las alteraciones clínicas que se producen en el nivel de integración correspondiente al sexo gonadal. Como ya hemos indicado anteriormente, la naturaleza tiende a la feminización. La masculinización es más compleja y, por tanto, más vulnerable. Para su desarrollo es necesario que se produzca una «alteración», un «añadido» al proyecto básico que es la feminización.

El estudio de los hermafroditismos permite comprender hasta qué punto la sexualización es un proceso realmente plástico. Como ya se ha indicado el cariotipo XX, XY no determina la sexualización, tan solo la orienta. Vemos cómo tanto un proyecto masculino como uno femenino pueden invertirse hasta pasarse al lado opuesto del proceso. Veámoslo.

- **Hermafroditismo auténtico.** Se denomina así debido a que, en el momento de diferenciación gonadal, esta no produce ovarios o testículos, sino que genera un estado de intersexualidad. Puede aparecer un ovario o un testículo aunque, por lo general, suele producirse una estructura mixta denominada *ovoteste*. El patrón cromosómico es el XX aunque también se dan situaciones de mosaico X/XY o XX/XY. La diferente presencia o capacidad de acción de los componentes ováricos o testiculares intervendrán en la sexualización posterior. En este sentido, la morfología de los órganos internos tanto en el lado derecho como en el izquierdo puede deberse a la acción de las hormonas gonadales. La morfología de los órganos externos depende de la cantidad total de andrógenos masculinizantes segregados que circulan en el torrente sanguíneo en función de la estructura gonadal desarrollada. Cuanto menor sea la cantidad de andrógenos mayor la feminización. La identidad sexual que desarrollan suele ser en un sentido o en otro. Money mantiene que la identidad sexual o de género, depende del tratamiento que el entorno (padres, familia, etc.) aplique a la persona hermafrodita en relación con sus genitales. Estos, dado el posible grado de ambigüedad, pueden tener una apariencia u otra. De este modo el entorno aplicaría el tratamiento como niño o niña (asignación sexual, rotulación), a partir del cual esta persona desarrollaría su identidad sexual, independientemente de su ambigüedad corporal. Los postulados de Money y colaboradores serán estudiados posteriormente.
- **Pseudohermafroditismo masculino** (síndrome de insensibilidad a andrógenos). Consiste en que, habiéndose producido la diferenciación gonadal con normalidad, es decir, habiéndose diferenciado un testículo normal que produce andrógenos, los tejidos son insensibles a ellos. En esta situación no se produce la masculinización de los tractos correspondientes subsiguientes, originándose una diferenciación femenina a partir de ese momento. Este síndrome es considerado como la máxima feminización de un proyecto masculino.

De este modo las personas portadoras de este síndrome tendrían un sexo somático o gonofórico de mujer aunque sus gónadas serían testículos y su cariotipo 46XY. La identidad sexual y de género esencialmente sería de mujer.
- **Pseudohermafroditismo femenino** (hiperplasia suprarrenal congénita, también llamado síndrome adrenogenital). Habiéndose producido una diferenciación normal en sentido femenino hasta el nivel gonadal, existe una perturbación constitucional de los sistemas enzimáticos de la glándula corticosuprarrenal que produce la secreción de una cantidad anormalmente elevada de andrógenos responsables de la viriliza-

ción de los tractos genitales en mayor o menor grado. Un efecto similar puede producirse de forma iatrogénica, a partir del tratamiento médico basado en fármacos de tipo androgénico en mujeres embarazadas. Este síndrome puede ser considerado como la máxima masculinización de un proyecto femenino.

Las personas portadoras de este síndrome dispondrían de un tipo somático masculino, aunque la ambigüedad de los genitales estaría determinada por la intensidad de la exposición a los andrógenos en el momento crítico de diferenciación. La identidad sexual y de género estará determinada por la asignación sexual que se aplique en su contexto de socialización en función de la apariencia somática.

Los síndromes que acabamos de describir de forma tan sucinta, corroboran el aserto que estamos manteniendo a lo largo de este texto. No es posible mantener una postura rígida e intransigente respecto a los tipos sexuales, tan fuertemente estereotipados en nuestra cultura a la luz de la propia biología. Ambos síndromes son ejemplos de la plasticidad del proceso de sexuación. Muestran cómo la sexuación puede invertirse totalmente, relativizando el determinismo atribuido a la acción de los cromosomas. Estos marcan la direccionalidad del proyecto, no su resultado final.

5.1.3 Conclusiones respecto a la diferenciación sexual intrauterina

El estudio de la diferenciación sexual intrauterina tiene interés para la Psicología de la Sexualidad, entre otras cosas, por su aportación a una visión integradora de todos los elementos que intervienen en la configuración de la identidad sexual. En este sentido podemos entresacar algunas conclusiones.

1. El desarrollo de las bases biológicas de la sexuación muestra con nitidez la enorme flexibilidad y plasticidad de la sexuación. Durante siglos el concepto de sexuación en nuestra cultura ha sido fuertemente estereotipado. Lo masculino y lo femenino han sido utilizados como dos compartimentos estancos, incomunicados entre sí. El criterio de salud mental en relación con la sexuación ha consistido en ajustarse estrictamente al estereotipo. Cualquier discrepancia con los tipos sexuales establecidos es sospechosa, inaceptable, o clasificada como distorsión, desviación o patología. Todo ello en relación con el cuerpo, la orientación del deseo y las identificaciones como elementos discrepantes de la propia sexuación. Es evidente la carga ideológica que conlleva esta visión.
2. El conocimiento de las bases biológicas de sexuación nos permite comprender la diversidad sexual. No cabe duda de que la especie hu-

mana es dimórfica. Sin embargo, los polos sexuales «mujer» «varón» en términos humanos deben ser considerados tan solo como referencias tal y como propone Félix López en su aproximación al concepto de sexualidad: «Los niveles que conforman el hecho sexual se expresan en una dualidad referencial masculino-femenina resultado de un largo proceso de diferenciación» (López, 1984).

3. La idea del desdoblamiento a partir de un origen común nos resulta simbólicamente útil. Los polos de la sexuación no son objetivos en sí mismos, sino solo referencias. Cada ser humano desarrolla su propio proyecto de sexuación que se expresa en tipos somáticos, orientación y peculiaridades del deseo erótico, características psicológicas atribuibles a las diferencias sexuales, etc. La diferenciación sexual intrauterina nos indica el grado en que cada ser humano puede ser portador de elementos estructurales del «otro» sexo, representados de una manera más o menos intensa. El desdoblamiento, que se produce en los momentos críticos de diferenciación sexual, está mediatizado por las circunstancias que concurren en ellos. Pongamos la fotografía como símil. Su resultado depende de lo que acontezca en el momento crítico, es decir, en el momento en que, oprimiendo el obturador, se abre el diafragma. El resultado de la fotografía depende del tiempo de exposición a la luz, de la velocidad de obturación y de la intensidad de la luz. También interviene la sensibilidad del soporte fotográfico, película, papel, etc. El resultado dependerá de la integración de todos los elementos. No hay una fotografía exactamente igual a otra. Tampoco necesariamente una fotografía es mejor que otra. Según como se combinen las variables, una foto puede tener mayor o menor contraste, estar más o menos matizada, etc. La elección de la mejor es algo bien subjetivo, cuestión de gustos, por ello a los jueces les cuesta ponerse de acuerdo en los concursos.

La sexuación, desde el punto de vista del desarrollo de sus bases biológicas, posee muchas similitudes con el ejemplo propuesto, su resultado dependerá de la carga genética, de los componentes hormonales de los tiempos de exposición a las hormonas en los periodos críticos, etc. Como ejercicio, propondríamos observar los diferentes tipos de sexuación dentro de cada grupo sexual, considerando características físicas y psicológicas. Observando cuerpo a cuerpo, persona a persona, advertiremos de inmediato la gran variabilidad. Observaremos, eso sí, dos grandes grupos sexuales referenciales cuyos límites son difusos. Dos grupos de referencia con una gran variabilidad intragrupo y considerables similitudes extragrupo.

4. Algunos postulados radicales abogan por la abolición de los roles sexuales por considerarlos una construcción social útil tan solo al po-

der establecido. Desde mi punto de vista, estos postulados no pueden ser considerados porque sería algo así como negar la evidencia del origen y la evolución de las especies en general y de la humana en particular. La sexuación es una referencia inevitable. Pongamos por ejemplo una situación extrema como es la transexualidad o el transgenerismo. Las personas transexuales, como el resto de las personas, utilizan la referencia sexual para construirse a sí mismas en el sentido siguiente: yo soy mujer, me identifico con el gran grupo de las mujeres —esa es la referencia— y desarrollo mi manera propia de ser mujer, todo ello aunque posea un cuerpo de hombre. Las personas transexuales, como el resto de las personas, son la resultante de su propio proyecto de sexuación, donde sus bases biofisiológicas intervienen. La aceptación personal, su estabilidad emocional, suele depender en gran medida, no tanto de sí mismas, como de la aceptación del medio social en que se desenvuelvan respecto al apoyo que necesitan para armonizar su cuerpo y su identidad.

5. La diferenciación sexual intrauterina, como es obvio, no explica por sí sola el conjunto de la identidad sexual, ni de género, en absoluto. Una vez que el bebé nace se inserta en un medio social portador de un discurso acerca de la sexualidad. Sobre él recaerá todo el peso de las atribuciones que la cultura ha desarrollado en torno a los sexos. La identidad como conciencia de uno mismo es, en gran medida, subjetiva. La subjetividad de lo masculino o femenino se adquirirá en relación con los sistemas de género cuya influencia es indiscutible. Los estudios del género desarrollados desde la antropología, sociología y psicología, están haciendo una gran aportación a la comprensión de la adquisición y desarrollo de la identidad sexual. De ello hablaremos a continuación.

5.2 Desarrollo de la identidad sexual y de género en la infancia

En el anterior punto indicábamos que el interés para la Psicología de la sexualidad, estriba en el seguimiento y comprensión del proceso a través del cual llegamos a ser mujeres u hombres. Dijimos que la sexuación es un proceso de desdoblamiento que genera dos amplias formas. No referimos a los diversos modos de ser mujer u hombre. Ya hemos visto con anterioridad la aportación del proceso de diferenciación sexual intrauterina a la comprensión del proceso global de sexuación humana. En este punto se desarrollarán las principales aportaciones en el desarrollo de la identidad sexual y de género.

5.2.1 Las aportaciones de John Money

A John Money se le atribuye el ser uno de los primeros autores en utilizar el término *gender*. Sus aportaciones en este campo parten de su trabajo con hermafroditas, el cual le lleva a plantearse el proceso de adquisición de la identidad en relación al sexo. Money se encontró con la siguiente realidad: el hermafroditismo auténtico y los pseudohermafroditismos crean una situación de intersexualidad en la que el resultado de la sexuación biológica puede llegar a ser considerablemente ambiguo.

Sin embargo, él observó que estas personas desarrollaban una identidad sexual bastante definida, con independencia de la ambigüedad de su cuerpo sexuado. Dicho de otro modo, no existía una suerte de «hermafroditismo psicológico» respecto a la identidad. Sus trabajos le llevaron a la conclusión de que la identidad en relación al sexo depende en gran medida de variables de tipo sociocultural. La identidad sexual no es un emergente directo de la sexuación biológica, sino que se conforma en relación con los estereotipos culturales que se aplican, eso sí, en función del sexo biológico simbolizado en los genitales (sexo gonofórico). Por ello utilizó el concepto de género, recogiendo aportaciones previas de la antropología, enfatizando así la importancia de la cultura en la génesis de la identidad. Podríamos, por tanto, situar a Money en el grupo de los autores y autoras que defienden el origen sociogénico de la identidad de género.

Las aportaciones de Money entran en la polémica siempre vigente entre la naturaleza y la cultura, entre lo adquirido y lo heredado. Su postura es interaccionista. De este modo, afirma que existe continuidad entre lo biológico y lo psíquico. De la misma manera que en el periodo intrauterino se establecen momentos de indiferenciación, periodos críticos, inductores y momentos de diferenciación (véase figura 3.5), a partir del nacimiento el proceso continúa, ahora desde una dimensión psicosocial.

El niño o la niña se encuentran en un nuevo estado de indiferenciación al nacer, esta vez respecto a la identidad sexual. La inducción de la diferenciación se produce por la interacción entre el niño o la niña y su entorno, donde una parte significativa de los estímulos están tipificados sexualmente. Estos son los inductores que precipitan la adquisición de la identidad de género. La niña o el niño deberán ir descifrando el doble código sexual en función de las tipificaciones sexuales culturales, a lo largo de los primeros años de la vida.

El proceso es como sigue: los padres y el medio social observan el sexo biológico del bebé, simbolizado en los genitales. En función de ellos se aplica lo que Money denominó el «rótulo». La «rotulación», por tanto, consiste en investir al bebé de su categoría sexual basada en el conjunto de estereotipos y expectativas de los adultos. Antiguamente, la rotulación se rea-

lizaba en el momento mismo del parto. En la actualidad la tecnología permite hacerlo en torno al tercer mes de embarazo a través de la ecografía.

El «sexo de crianza» es el conjunto de comportamientos congruentes con la rotulación, es decir, un conjunto de esquemas de asignación cultural correspondiente a cada género que se aplica a cada bebé en función de la rotulación. La adquisición de la identidad sexual es un proceso sumamente flexible hasta el punto de que el ambiente podría invertir el proceso biológico, según Money.

Como ejemplo podemos citar a los hermafroditas con los que trabajaba. Independientemente del grado de ambigüedad biológica en la diferenciación sexual, fruto de la disgenesia congénita, los hermafroditas desarrollaban siempre una identidad sexual no ambigua, aunque la expresión de la misma mostrara algunos rasgos discrepantes del estereotipo de género correspondiente.

Según Money y Ehrhardt (1972), la identidad sexual depende en gran medida de la rotulación y de la aplicación del sexo de crianza, en interacción con los factores biológicos. Por tanto, la identidad resultante no dependía totalmente de la realidad biológica, sino de la rotulación de la aplicación del sexo de crianza. Los genitales de las personas hermafroditas son frecuentemente ambiguos. Personas cuyo genotipo es masculino podían tener genitales disgenésicos de apariencia femenina. En estos casos la rotulación sexual era de mujer y el desarrollo de la identidad de género también de mujer.

Siguiendo el esquema descrito (estado de indiferenciación, periodo crítico, inductores, diferenciación), Money estableció que la adquisición de la identidad sexual se produce en torno a los tres años, siendo este momento el periodo crítico o periodo sensible, dicho con mayor propiedad. Cuanto más lejos de este momento, más difícil será la reasignación sexual. Los inductores que intervienen en la adquisición de la identidad son estímulos ambientales que están tipificados sexualmente, así como las pautas de crianza diferenciales en función de la variable sexo. La cronología que propone es básicamente aceptada por otras corrientes (Thompson, 1975).

Juan Fernández (1988) discrimina el sexo como variable estímulo del sexo como variable sujeto, como ya se ha indicado anteriormente. El «sexo como variable estímulo» significa que el sexo anatómico del bebé estimula a los adultos a aplicar un trato diferencial (sexo de crianza). El «sexo como variable sujeto» significa que el propio bebé es el que recibe la acción que su cuerpo sexuado (sexo gonofórico) provoca en el ambiente de socialización. El trato diferencial que los adultos aplican al bebé en función de su sexo interviene en el proceso de adquisición de la identidad de género.

La figura 3.6 muestra el esquema propuesto por Money y Ehrhardt del desarrollo de la identidad sexual en la que podemos observar la integración

de los aspectos biológicos de sexuación con los socioculturales. Observamos los primeros niveles de sexuación como son el sexo cromosómico, el sexo gonadal fetal y hormonal fetal que generan por un lado el dimorfismo genital y el dimorfismo cerebral.

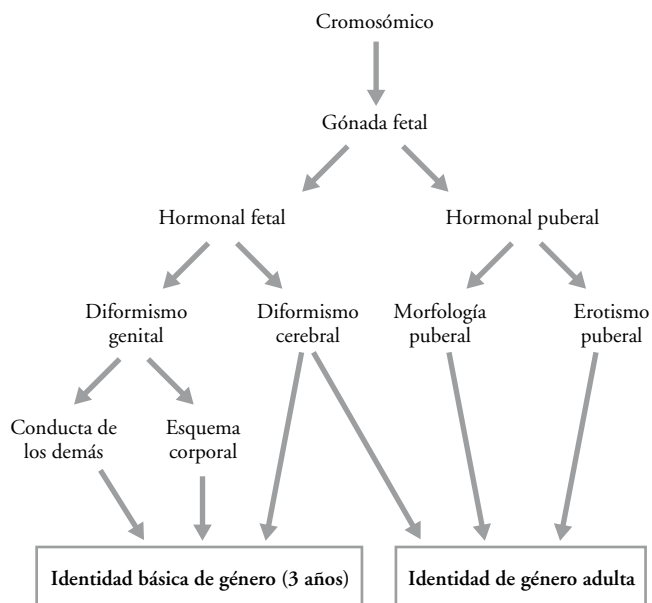


Figura 3.6. Esquema del desarrollo de la identidad de género. *Fuente:* John Money y Anke A. Ehrhardt, *Man & woman, boy & girl*, Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1972.

A partir del nacimiento el dimorfismo genital provocará, por un lado el esquema corporal (autoconcepto) y por otro la conducta de las demás (género). Nuevamente observamos el sexo como variable estímulo y como variable sujeto. La interacción entre ambas da lugar a la adquisición de lo que Money denominó «identidad de núcleo genérico o identidad básica de género», que ocurre hacia los tres años de edad. Lógicamente, Money no va más allá en la explicación psicológica de la adquisición de la identidad sexual o de género puesto que no es su campo. En este texto se abordará posteriormente cuando se desarrollen las teorías explicativas.

Sigamos en la figura 3.6. El esquema nos permite ver que la sexuación se produce en dos tramos diferenciados. Por un lado, el que se produce en la vida intrauterina que culmina en la identidad de núcleo genérico. El sistema neuroendocrino de sexuación, uno de los potentes motores del proceso, queda en estado latente una vez logrado este primer tramo. En la pubertad el sistema neuroendocrino se activa con el fin de iniciar este segundo

tramo de sexuación. Vemos pues en el gráfico citado el puente que se establece entre el nivel gonadal fetal y el hormonal puberal.

En efecto, el reloj biológico se activará en la pubertad dando lugar a la nueva «morfología puberal» y al «erotismo puberal». Desde el punto de vista del desarrollo psicológico, en la pubertad se inicia la adquisición de nuevas capacidades sobre todo en el ámbito del desarrollo cognitivo aplicado al análisis de la realidad. Es necesario subrayar la aparición de lo que Money denomina el erotismo puberal, que se configura en lo que posteriormente denominaremos la configuración del deseo erótico.

Por tanto, la nueva imagen corporal sexuada de manera prácticamente definitiva al final de la adolescencia, la aparición del deseo sexual en su versión adulta, su configuración y su orientación⁸, y por otro lado la integración en un mundo fuertemente estereotipado, desigual y esencialmente sexista coadyuvan a la formación de la «identidad de género adulta».

5.2.2 Críticas a las aportaciones de John Money y Anke Herdhart

En el inicio de sus estudios, estos autores concedieron una extraordinaria importancia a la influencia del sexo de crianza en la génesis de la identidad de género. Tanto fue así, que llegaron a pensar que era tal la fuerza del entorno sociocultural que bastaba con cambiar el signo del sexo de crianza para lograr el cambio de identidad de género. En este sentido se apoyaron en un caso descrito por ellos mismos. Se trató de una pareja de gemelos univitelinos, es decir, idénticos genéticamente. Uno de ellos perdió el pene por un accidente en el momento de realizar una fimosis a una edad muy temprana, en torno a los tres años. Desde el punto de vista científico, este caso tenía un gran valor puesto que el otro gemelo sirvió de «grupo control».

Ante el dilema de qué hacer con este niño, si permitir que se desarrollase como un hombre sin pene, o tratar de reasignarlo al sexo contrario. Se decidió lo segundo. Apoyándose en sus argumentos, esta reasignación sexual era posible porque la edad del niño estaba próxima al periodo crítico o sensible. La prescripción a la familia consistió en cambiar el sexo de crianza. Hubo que modificar los elementos tipificados, vestirle de niña, cambiar el nombre, dejarle el pelo largo, etc. y, lo más importante, tratarle como una niña. En la descripción de este caso, sus autores afirman que este niño desarrolló una identidad de género de mujer. Sin embargo, y como es evidente las cosas no fueron ni tan fáciles ni tan claras. No solo se cambió el sexo de crianza, también se realizó un cambio quirúrgico de sexo, con extirpación de los testículos, y la aplicación de un tratamiento hormonal en la pu-

⁸ Consultar el capítulo 4.

bertad. Aun así, la identidad no se desarrolló de una manera, digamos estándar, sino que mostraba lo que se conoce como rasgos *viragos*, es decir, pautas de comportamiento atribuibles al sexo masculino como la impulsividad y otros.

Otra evidencia que pone en cuestión las afirmaciones respecto a la influencia del género en la adquisición de la identidad, es el caso conocido como las «niñas dominicanas». Se trata del síndrome de insuficiencia del enzima «5 alfa reductasa». Este síndrome se corresponde con una rara alteración congénita que consiste en la ausencia de este enzima. Para la diferenciación de los genitales externos masculinos en el periodo intrauterino, se necesita un componente androgénico de mayor potencia que la testosterona, como es la *dihidrotestosterona*. Esta se genera a partir de la acción del enzima *5 alfa reductasa* sobre la testosterona. En su ausencia no se produce este nuevo tipo de andrógeno y, en consecuencia, la testosterona no es suficiente para la diferenciación genital. Por tanto, los niños afectados por esta enfermedad nacen con genitales externos de apariencia femenina.

En la pubertad la masculinización de los genitales no requiere de *dihidrotestosterona* sino de testosterona, de ese modo las niñas afectadas se «transforman» en niños. Las que durante su infancia habían sido tratadas como niñas, a partir de la pubertad son tratados como niños. El seguimiento de estas personas demuestra que adquirieron identidad masculina a lo largo de la adolescencia y se desarrollaron como hombres con bastante facilidad, se vistieron y se comportaron como tales en relación a las pautas de su propia cultura, se relacionaron con mujeres y llegaron a casarse y a tener hijos.

Otro caso similar es referido por LeVay (1993), quien a su vez cita a su descubridor D. C. Gajdusek. Se trata de una familia con el mismo trastorno (deficiencia del enzima *5 alfa reductasa*). Este caso es interesante puesto que contrasta con las «niñas dominicanas», en el sentido de que forman parte de culturas radicalmente distintas. Esta familia pertenece al pueblo *simbari anga* de las tierras altas occidentales de Papúa Nueva Guinea. Entre ellos los ritos de iniciación en la adolescencia consisten en separar rigurosamente a los chicos de las chicas para su preparación a la vida adulta. El grupo de hombres practica el sexo oral entre los adultos iniciadores y los adolescentes iniciados. Esta práctica tiene un sentido simbólico de transmisión de la fertilidad. Bien, pues las niñas afectadas por este síndrome fueron incluidas en el grupo de mujeres en la pubertad, pero luego se transformaron en hombres y ejercieron como tales posteriormente. Este hecho no dejó de causar un gran revuelo en esta sociedad, tal y como indica su descubridor.

Refiriéndose a estos casos, LeVay (1993) considera que el hecho de que estas personas adoptaran una identidad de género masculino en la pubertad

indica que la exposición prenatal del cerebro a la testosterona, unida a los fenómenos normales de activación de la pubertad masculina, anula cualquier efecto de la educación en la determinación de la identidad de género adulta.

Posteriormente, Money y Ehrhardt llegaron a conceder menor importancia a las condiciones de crianza en el desarrollo de la identidad de género que en sus trabajos iniciales. Ahora bien, hechas estas consideraciones, no podemos dejar de reconocer las aportaciones de estos autores y sus colaboradores en este campo.

5.3 Aportaciones desde los distintos marcos teóricos de la psicología

Las aportaciones de Money nos sugieren un símil que nos ayudará a enlazar con las principales teorías psicológicas relacionadas con la adquisición de la identidad sexual. Imaginemos que llega al planeta tierra un extraterrestre. Es inteligente y proviene de un lugar donde no existe un sistema sexual de reproducción. Carece por ello de información en este sentido. En su esfuerzo por comprender la vida en este planeta, observaría. Como resultado de sus observaciones, pronto llegaría a la conclusión de que existen animales diversos, uno de los cuales domina la naturaleza. El extraterrestre, centraría su atención en los seres humanos. Pronto percibiría que no todos son iguales. Algunos tienen dos grandes bultos en la parte delantera de su cuerpo, otros tienen pelo en la cara, tonos de voz diferentes, etc. Los tipos corporales son diversos, utilizan utensilios distintos y cubren el cuerpo de manera diferente. Posteriormente, el extraterrestre, por azar, vería seres humanos en alguna playa nudista y observaría diferencias corporales evidentes. Llegado a este punto, el extraterrestre, organizando todos los datos adquiridos en sus observaciones, llegaría a la conclusión de que los seres humanos están formados por dos grupos: mujeres y hombres.

Probablemente este es el proceso que sigue un bebé desde su nacimiento. Se integra en un mundo repleto de estímulos, muchos de los cuales están sexualmente tipificados. La interacción con el medio le permite hacer acopio de todos estos datos. En realidad, la cuestión es más complicada porque el bebé no se limita a procesar pasivamente los datos que observa, sino que recibe un tratamiento diferencial en relación a su sexo por parte de los adultos. Recordemos el sexo como variable estímulo y el sexo como variable sujeto.

Siguiendo el símil, podemos preguntarnos cómo es el proceso de adquisición de la identidad sexual en los bebés, cómo recogen los datos, cómo llegan a conclusiones, cómo integran e interiorizan esta experiencia, cuál es

la cronología de estos pasos. Para ello revisaremos las aportaciones de los principales autores y de sus correspondientes escuelas. Existe un amplio consenso en considerar que la identidad básica de género se adquiere en torno a los tres años. Veamos primero la evolución de la adquisición sexual en la infancia y posteriormente las explicaciones teóricas de las principales escuelas psicológicas.

El proceso de adquisición de la identidad sexual en los primeros años se produce de la siguiente manera (López, 1988; Thompson 1975):

- A partir del año y medio, los niños empiezan a mostrar intereses y juegos tipificados socialmente según el sexo. Como indica Félix López, la observación espontánea de niños menores de dos años ha demostrado que estos ya distinguen en algún grado lo que se considera propio de niños o de niñas, aun antes de saber definirse verbalmente como tales (López, 1984).
- Hacia los dos años se autclasifican como niño o niña. Las investigaciones que se han realizado en este sentido indican que, efectivamente, los niños y las niñas de esta edad son capaces de incluirse dentro de uno de los grupos sexuales, sin embargo, se insiste en la dificultad que la ausencia del lenguaje implica en el conocimiento del calado real del proceso en este momento.
- A partir de los tres años, los niños y las niñas adquieren de manera básica la identidad de género. Estos recurrirán al «rótulo» de su identidad para aceptar o rechazar juegos, actividades, gestos, vestidos, etc. Este funciona como un filtro que hace valorar de manera diferente lo que es apropiado o inapropiado respecto al sexo que se ha asumido, según las convenciones sociales.

Todo parece indicar que los niños y niñas, durante el primer año y medio de vida, no poseen todavía conciencia de identidad sexual, sin embargo, ya desde el nacimiento están en el interior de un flujo fuertemente tipificado en relación al sexo. Podríamos decir, utilizando un símil entresacado de las nuevas tecnologías, que los bebés desde que nacen están «cargándose» de género como si fuesen baterías conectadas a la red eléctrica. La «carga» se produce en un doble sentido, por un lado, por el procesamiento de la información que es capaz de percibir, del mismo modo que el extraterrestre del ejemplo, y, por otro, por el tratamiento diferencial que el bebé recibe permanentemente de forma sutil.

Como resultado de esta «carga» de género el niño o la niña llega a discriminar que existen dos grupos sexuales (discriminación, seriación), los que son como el padre y los que son como la madre, probablemente antes del año y medio. A partir de esta edad se incluirían en uno de estos grupos (inclusión, autclasificación). Finalmente, en torno a los tres años adquiri-

rían la conciencia de ser niñas o niños (identidad de núcleo genérico o identidad básica de género). Esta identidad básica de género (véase figura 3.6), juicio simple y básico como dirán los cognitivos, se constituye en un rótulo que funcionará como un filtro en el procesamiento de la información en lo sucesivo.

En síntesis podemos decir que en torno a los tres años se ha adquirido la «identidad básica de género» que es la primera noción que los niños tienen de ser lo que son en términos sexuales. Cómo hemos visto, las referencias genéricas se consideran necesarias en el proceso. Los mecanismos básicos de adquisición de la identidad sexual y de género son universales. Las aportaciones de los antropólogos (Beach y Ford, 1951; Mead, M., 1935; Malinowsky, 1929) indican que todas las culturas tienen un sistema sexual de referencia, que es claro y unívoco para ese grupo social, aunque los contenidos específicos pueden variar considerablemente de cultura a cultura, e incluso de generación en generación dentro de una misma cultura. Comportamientos o actitudes que en una cultura puedan tener signo masculino, en otra podría tenerlo femenino. Lo que en una generación puede haber sido considerado como masculino, en otra podría perder intensidad en cuanto a su tipificación sexual y ser considerado como algo neutro, propio de ambos sexos.

Los procesos básicos de adquisición en estos primeros tres años de existencia son básicamente los mismos en todas las culturas. Las diferencias notables se observan en los contenidos de la identidad de género. La psicología clásica, nos referimos al periodo anterior a los años setenta del pasado siglo, se limitó tan solo a describir las diferencias entre mujeres y hombres, manteniendo una postura claramente acrítica.

Por el contrario, las autoras y autores que han escrito desde el ámbito de la perspectiva de género han mostrado una actitud muy crítica respecto a las atribuciones que la cultura ha venido haciendo a lo largo de la historia, plasmándose precisamente en los contenidos de género. La principal crítica consiste en que las diferencias en los códigos de sexuación, como referencias necesarias en la adquisición de la identidad sexual, han provocado durante siglos la desigualdad, la discriminación y el sometimiento de las mujeres.

5.3.1 Teorías psicológicas

En la revisión que Félix López (1988) hace de las teorías explicativas de la adquisición de la identidad sexual y de género en el ámbito de la psicología, pone de manifiesto las diferencias conceptuales entre los diversos marcos teóricos y sus incongruencias. Advierte del hecho de que cuando estas

teorías hablan pretendidamente de un mismo concepto, en realidad están hablando de cosas diferentes.

Cuando los autores que proceden del campo del psicoanálisis se refieren al proceso de adquisición de la identidad sexual, en realidad se están refiriendo a los mecanismos de *identificación* de dicho proceso. Cuando los autores que se instalan en el ámbito de la psicología cognitiva explican el desarrollo de la identidad sexual se están refiriendo realmente a la *identidad* en tanto que concepto cognitivo, equiparable a cualquier otro concepto adquirido evolutivamente. Por último, cuando los autores que representan al conductismo y al aprendizaje social se pronuncian en esta línea, en realidad se refieren a las «tipificaciones sexuales».

Todas las aportaciones son necesarias y complementarias. Todas ellas, sabiendo con exactitud a qué se refieren, enriquecen la comprensión y el conocimiento de la adquisición de la identidad sexual. Veamos sucintamente las aportaciones de cada escuela. No podemos explicar en profundidad cada uno de los marcos teóricos, pues excedería el propósito de este libro. Nos limitaremos a sintetizar las aportaciones al tema que nos ocupa.

- **El psicoanálisis.** En su versión ortodoxa, mantiene la existencia de «la pulsión sexual», realidad limítrofe entre lo biológico y psíquico. Se percibe como tensión en la acumulación y placer en la descarga. Se admite que existe una cierta programación constitucional cuyo desarrollo pasaría por las etapas de evolución psicosexual como son la oral, anal y genital, llevando al individuo a la elección de objeto. Este camino está lleno de conflictos y tensiones, de tal modo que la evolución esperada no está garantizada. Como es sabido, el conflicto edípico constituye un momento crucial en el desarrollo, de modo que la manera de superarlo puede condicionar toda la estructura de personalidad y explicar posibles conflictos en el futuro.

Llegada la fase genital, el niño estaría biológicamente orientado a preferir al progenitor del sexo contrario, mientras mantiene sentimientos de ambivalencia hacia el del propio sexo. Por tanto, el progenitor del mismo sexo es percibido como un fuerte adversario respecto a la posesión del progenitor del sexo contrario.

Percibido como mucho más potente, surge el temor al castigo bajo las formas de miedo a la castración, envidia del pene y miedo a perder el objeto amado. El niño o la niña deberán renunciar a sus sentimientos de rivalidad e identificarse con él. Cuando esto ocurre se daría por resuelta la situación edípica.

En resumen el psicoanálisis propone que la adquisición de la identidad sexual se lograría con la superación del complejo de Edipo. La secuencia vivida por los niños, establecida la rivalidad edípica, sería:

«Ya que no puedo contra ti, me identifico contigo». Vemos cómo el psicoanálisis, en realidad, no habla de la adquisición de la identidad sexual en sentido estricto, sino de un proceso de *identificación* con el progenitor del propio sexo. Se refiere a una realidad afectiva, a un deseo: «Deseo ser como tú». No cabe duda de que, en la complejidad de la identidad sexual y de género, una parte de la teoría que tenemos acerca de nosotros mismos se alimenta de las identificaciones que hacemos, en un primer momento, con la figura paterna o materna y posteriormente de cualquier otro modelo en el que observemos elementos deseables para nosotros mismos.

- **La teoría cognitiva.** Según esta teoría, los seres humanos parten de estructuras centrales cognitivas que interactúan con el exterior. El niño o la niña entran en contacto con el medio social a partir del nacimiento. Todo parte de la interacción con los estímulos externos. Acostumbrados como estamos a la tecnología de la informática, podemos utilizar, junto con los cognitivos, la metáfora del ordenador.

Para los psicólogos cognitivos lo importante de la interacción con el medio es la experiencia. De ella se extrae información, datos. Estos se acomodarán a una red de conocimiento cada vez más compleja, que se integrará en las estructuras cognitivas, y que a su vez se convertirán en el referente para el análisis de la realidad. El *construccionismo* de Piaget se refiere precisamente a este proceso. La asimilación de la experiencia integra una cantidad ingente de datos que se estructuran en una red de conocimiento, la cual permite ubicar los nuevos datos. Cuando la red de conocimiento es suficientemente compleja y coherente, se forman los conceptos que permiten situarse y comprender la realidad.

Estos serán simples y básicos al principio. Se irán haciendo cada vez más complejos conforme se adquieran nuevas capacidades. Para los cognitivos, las actitudes básicas respecto a la identidad sexual y de género no se conforman por la programación biológica ni por las influencias culturales, sino por la organización cognitiva del niño.

En relación con la adquisición de la identidad sexual, los psicólogos cognitivos consideran que la identidad sexual es un concepto simple y básico. El niño o la niña, desde el nacimiento, procesará información en relación con las diferencias sexuales y de género. Recordemos el símil del extraterrestre. Lo esencial radica en la actividad cognitiva interna. Esta recopilará toda la información relevante creando una red de conocimiento que, llegado un determinado momento, se constituirá en un concepto. Para este marco teórico, la identidad sexual es un juicio simple y básico. Es un concepto, y por tanto sigue el proceso de formación de cualquier otro concepto (Kohlberg, 1966).

En coherencia con autores que ya hemos citado (López, 1988; Thompson, 1975), los niños observarían la realidad e irían elaborando la información respecto a las diferencias en los treinta y seis primeros meses de vida. En torno a los tres años, realizan un juicio simple y básico: «Soy niña», «Soy niño». Las consecuencias de la aparición de este juicio son las siguientes:

- a) Este juicio funciona como un filtro en relación con la realidad, de tal modo que se procesa de forma diferente lo que corresponde con la propia identidad, respecto a lo que no corresponde. El niño o la niña organiza sus actitudes sexuales en función de este juicio, de tal modo que tendería a dar valor positivo a lo que está de acuerdo con su propia identidad, sería más perceptivo a lo que corresponde con el juicio realizado, prestaría menos atención a los elementos que no corresponden.
- b) Una vez realizado este juicio, se produciría la identificación con modelos semejantes. Siguiendo a Félix López (1988), la identificación es el resultado y no el agente. Tal afirmación entraría en contradicción con los postulados psicoanalíticos.

Una de las aportaciones muy interesantes de la teoría cognitiva es la realizada por Kohlberg (1966) en relación con la permanencia del concepto de identidad. Como hemos indicado la *identidad básica de género*, es un concepto resultado de la interacción con el ambiente. Como tal concepto, sigue las leyes básicas del desarrollo cognitivo. Piaget observó a través de su método clínico que, una vez alcanzado el concepto, este no se conservaba. Los niños no podían conservar el concepto de materia, cuando, antes sus ojos, se transformaba una bola de barro en un cilindro. Ante la pregunta ¿dónde hay más barro?, la tendencia era a responder antes o después de la modificación. Solo la experiencia y el tiempo evolutivo resolverán esta cuestión.

De igual modo, afirma Kohlberg, una vez adquirido el concepto «identidad sexual», esta no se conservará hasta pasado un tiempo, de tal forma que una niña o un niño en torno a los tres años, una vez establecido este juicio simple y básico, «soy niña, soy niño», pensaría que su identidad podría cambiar en el futuro. La conservación de este concepto se resuelve en torno a los seis años. Recuerdo un niño de unos cuatro años que decía: «Yo de mayor seré mujer porque quiero ser médico». La madre de este niño era médico, por lo tanto, en su lógica, para ser médico había que ser mujer.

- **Teorías del aprendizaje.** Los teóricos del aprendizaje, considerando las grandes diferencias que se dan entre ellos, piensan que no son las pulsiones enraizadas en lo biológico, ni las estructuras cognitivas in-

ternas las que determinan el desarrollo, sino la interacción que se produce entre la persona y el ambiente. Recordemos que los cognitivos partían de la misma premisa: la interacción con el ambiente. Sin embargo, las diferencias son evidentes. Para la escuela cognitiva, la interacción se produce entre la experiencia y las estructuras cognitivas activas. Los procesos cognitivos internos generan conocimiento, es decir, estructuras cognitivas internas que permiten el desarrollo a través del conocimiento de la realidad. Para los teóricos del aprendizaje, la interacción con el ambiente consiste en la relación entre las conductas emitidas por el sujeto (respuestas) y sus consecuencias (refuerzos).

La conducta es una función de los estímulos. $C = f(E)$. El ser humano está sometido a innumerables estímulos ambientales ante los cuales se producen respuestas. Esas respuestas o conductas tienden a provocar una reacción en el medio que puede ser positiva, negativa o neutra. A esta consecuencia se le denomina refuerzo. Cuando una respuesta es reforzada positivamente, la probabilidad de que esa conducta se repita aumenta. Si la respuesta no activa ninguna consecuencia tendería a extinguirse. Si la consecuencia de una respuesta tiene valor negativo (castigo, aversión) esta tiende a evitarse. Este sería el paradigma del *condicionamiento operante*, base de la teoría del aprendizaje, explicado de manera tal vez excesivamente sucinta. Como vemos, los teóricos del aprendizaje, radicalmente conductistas, no consideran que intervengan procesos internos en el comportamiento humano, sino simplemente las asociaciones entre las conductas emitidas y sus consecuencias en el medio ambiente.

En relación con la adquisición de la identidad sexual, este marco teórico considera que, al igual que otras realidades humanas, la identidad sexual es algo que se aprende. Es decir, a medida que el niño o la niña emiten respuestas, estas serán reforzadas, positiva o negativamente, en función del sexo asignado. De este modo, las conductas que corresponden con lo esperado en función del sexo y las expectativas de género serán reforzadas positivamente, mientras que las que no, o bien no son reforzadas siendo su tendencia a la extinción, o bien son castigadas, con lo cual se tenderá a la evitación de las mismas. Debemos considerar dentro de este marco teórico todas las formas de aprendizaje, a partir de los condicionamientos clásico y operante, como son el aprendizaje vicario, por imitación, por observación, etcétera.

Uno de los autores que representa esta línea radical del conductismo es Walter, quien mantuvo que la teoría del aprendizaje social define las conductas sexualmente tipificadas como aquellas que proporcionan distinta gratificación a un sexo o a otro, es decir, que tienen distintas consecuencias que varían según el sexo del sujeto. La adqui-

sición y práctica de conductas sexualmente tipificadas pueden describirse según los mismos principios del aprendizaje utilizados en el análisis de cualquier otro aspecto de la conducta del individuo. La tipificación sexual es el proceso por el que el individuo adquiere patrones de conducta sexualmente tipificados: primero aprende a distinguir entre estos dos patrones; después a generalizar estas experiencias concretas de aprendizaje a situaciones nuevas y, finalmente, a practicar dichas conductas.

A partir del conductismo más radical han surgido corrientes como el «aprendizaje social», uno de cuyos principales representantes es Bandura (1977). A diferencia del radicalismo conductista, esta corriente acepta la intervención de los procesos intrapsíquicos en el aprendizaje tales como la atención, la motivación, la memoria y las capacidades motoras. Según esta corriente, el aprendizaje no se produciría de una manera neutra, sino que los refuerzos ambientales estarían mediatizados por los procesos psicológicos básicos ya citados. Es decir, los refuerzos variarían de una persona a otra en función del grado de atención, de percepción de la realidad, de la motivación ante la cuestión propuesta.

Como vemos, los teóricos del aprendizaje se refieren a las *tipificaciones sexuales*, es decir, a cómo determinadas conductas se tipifican como coherentes con uno u otro sexo. En realidad, la teoría del aprendizaje social no habla de la adquisición de la identidad sexual, en sentido estricto, sino de la integración de los contenidos de género en el conjunto de la identidad. No podemos negar el papel del aprendizaje social en la configuración de los contenidos de la identidad sexual, puesto que es evidente que nuestra cultura refuerza de modo muy diferente los comportamientos de las personas en función de su sexo. El aprendizaje social «modelaría» las conductas sexualmente tipificadas. Sin embargo, no se puede considerar que el aprendizaje social sea el proceso central en la adquisición de la identidad sexual.

- **La perspectiva del género.** Como ya hemos venido indicando a lo largo del texto, la perspectiva de género mantiene que las relaciones injustas entre los sexos se mantienen por efecto de la asimetría de poder que se establece entre ellos. Cuando decimos que las referencias de sexuación son importantes en el proceso de adquisición de la identidad sexual, no se nos oculta la importancia de los contenidos que se atribuyen a estas referencias porque en ellos se encuentran las claves de la desigualdad.

Debemos plantear una pregunta clave: ¿El contexto sociocultural contiene los elementos que permite el desarrollo del proyecto personal de sexuación de modo que llegue a ser justo e igualitario? La respuesta es no. Más bien todo lo contrario; el contexto de socialización

está conformado estructuralmente de tal modo que tiende a generar desigualdad. Veamos sucintamente el proceso.

A partir de la génesis del dimorfismo sexual, fruto de la evolución de las especies, los sexos y sus diferencias se expresan en el ambiente primitivo de socialización. Las formas, los sexos, se especializan: producción (protección, lucha, caza), reproducción (gestación, crianza, cuidados). Todo ello para la adaptación y expansión del grupo. A las diferencias biológicas le corresponden funciones diferentes en relación con las necesidades adaptativas. Se requiere, por tanto, de la colaboración entre las partes.

Estas relaciones de colaboración se impregnan de contenidos simbólicos que las regulan, generando experiencias intra e intersubjetivas (Pastor, 1988). Las relaciones entre los sexos podrían ser igualitarias, dependiendo de la posición entre los grupos. Llegados a este punto, es necesario distinguir entre diferencia y desigualdad. Las diferencias biológicas en sí mismas no explican la desigualdad. El género, como conjunto de atribuciones sociales al sexo, surge de los contenidos simbólicos atribuidos por un lado a las funciones asignadas y, por otro, a las relaciones grupales. La desigualdad se explica desde la posición respecto a las partes, es decir, cuando estas establecen relaciones asimétricas entre ellas. Las relaciones asimétricas se forman cuando una de las partes se impone a la otra. Tal situación diferencia a uno de los grupos como dominante y al otro como dominado, estableciéndose una relación de poder del primero respecto del segundo; de ese modo y como consecuencia, se genera un sistema de control social. Tal y como plantea Pastor (1988), es en el seno de los procesos interpersonales donde se crea el género. La asimetría de género supone una relación jerárquica entre los grupos sexuales, dominio de uno sobre otro y una valoración diferencial, desigual, de los comportamientos, actitudes, derechos y deberes de cada grupo.

La pertenencia a grupos establecidos como desiguales en relación con la jerarquía, respecto al dominio y al poder, repercute en la génesis de la subjetividad. Estos grupos, por la relación que ocupan entre ellos, están impregnados de connotaciones de valor de expectativas y sentimientos. Por ello, podemos indicar que el modo de ser mujer u hombre y los recursos para situarse en el mundo en tanto que tales está claramente condicionado por la construcción de la subjetividad en tales condiciones.

El modo en que cada persona se siente mujer u hombre es una percepción finalmente subjetiva. La génesis de la subjetividad se produce en gran medida como resultado de la dinámica que se deriva del sentido de pertenencia a alguno de los grupos (véase figura 3.7).

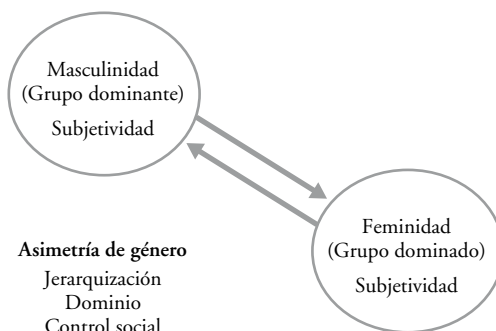


Figura 3.7: Asimetría de género y construcción de la subjetividad.

La pertenencia a los grupos sexuales funciona como referente, desde el punto de vista social. El grupo dominante goza de mayor prestigio respecto al dominado, tiende a promover representaciones mentales que estimulan sentimientos de individualidad dentro del propio grupo (tendencias autoasertivas), mientras que las personas pertenecientes al grupo dominado tenderían a definirse no tanto en términos de individualidad, sino a través de las características grupales con relación al otro grupo (tendencias integrativas)⁹. De este modo, la asimetría de género influye de manera más intensa en la génesis de la subjetividad femenina. La pertenencia al grupo subordinado determina que los sujetos pertenecientes a este tiendan a definirse a sí mismos a través de una relación de dependencia respecto al propio grupo y en relación con el dominante. Sin embargo, para los miembros del grupo dominante es innecesaria esta inmediata adhesión al grupo, puesto que la propia situación de dominación tiende a generar representaciones de independencia y seguridad. Esta dinámica entre los grupos perpetúa y mantiene la relación desigual, en tanto que se mantiene la posición asimétrica entre ellos.

La aportación desde la perspectiva del género es realmente importante en tanto que se centra en los aspectos estructurales del ambiente de socialización donde se desarrolla la construcción de las identidades. Los contenidos socioculturales de referencia respecto a lo que se considera masculino o femenino se articulan genéricamente desde la posición de los grupos sexuales, siendo esta jerarquizada y asimétrica.

Esta perspectiva tiene un gran valor respecto a su aportación desde el punto de vista antropológico y sociológico. No en vano, las principales aportaciones de los estudios del género se han realizado desde estas disciplinas. Desde la perspectiva de la Psicología de la sexuali-

⁹ Confrontar con el punto 3.4 dedicado a los roles genéricos desde la perspectiva de la teoría de la androginia.

dad y a mi modo de ver, las aportaciones de los estudios acerca del género son imprescindibles por dos motivos: 1) Por el análisis del contexto y la dinámica que genera la subjetividad masculina o femenina. 2) Por su aportación crítica respecto a las relaciones de poder entre los grupos sexuales; estas generan relaciones desiguales e injustas, mediatizando a todas luces la construcción de la identidad sexual, situando a las mujeres en una posición de desigualdad.

No obstante, este enfoque, netamente culturalista, no puede explicar por sí solo el proceso individual de adquisición de la identidad sexual. Si el proceso de socialización en un medio altamente sexista mediatizase tanto la identidad, los grupos sexuales deberían ser homogéneos dada la fuerte presión del grupo dominante. Sin embargo, la realidad demuestra la gran diversidad dentro de los grupos, tanto en tipos somáticos, como en estructuras de personalidad. La adhesión a los estereotipos propios de los grupos sexuales y la utilización de los resortes de poder que la sexuación otorgaría a cada grupo no se corresponde con el determinismo que este enfoque mantiene. La enorme diversidad sexual y genérica que se observa desde la psicología individual tanto intra como extragrupos sexuales es más que evidente. No cabe duda de que la influencia de la llamada sociedad patriarcal se diluye en las sociedades modernas, en las que los avances en las relaciones entre los sexos son más que evidentes.

En todo caso, lo que a la Psicología de la Sexualidad le interesa, aceptando el marco estructural de referencia, es cómo cada persona, sea cual sea la resultante de su proceso de sexuación, se sitúa en un medio difícil por su sexismo y por su intolerancia respecto a los modos discrepantes de ser mujeres u hombres. Ni todos los hombres son dominantes ni todas las mujeres se perciben como dominadas. La cuestión es cómo cada persona se integra en su propio medio sea cual sea su modo de sexuación. En ese «sea cual sea» incluimos su diferenciación biológica, los contenidos de su identidad, su orientación del deseo erótico y su estructura de su personalidad. A la Psicología de la Sexualidad también le interesa el análisis de los impedimentos o de los facilitadores estructurales en la construcción individual de identidad sexual y de género, sobre todo en los casos de identidades homosexuales, transexuales o transgenéricas.

5.3.2 A modo de síntesis

Habiendo analizado las aportaciones de las principales escuelas psicológicas haremos una síntesis de sus contenidos. Esta se halla expresada en la figura 3.8. La construcción de la identidad sexual y de género parte de las bases biológicas de sexuación y se caracteriza por la integración del resto

de los niveles. La aportación de la herencia genética, los resultados de los periodos críticos de diferenciación sexual y la llamada «sexualización cerebral» (LeVay, S. y Valente, S. M., 2003), constituyen elementos importantes que no pueden obviarse de cara a la comprensión de la adquisición de la identidad sexual y de género. Las bases anatomo-neuro-endocrinas no son un determinante del proceso, sino una variable interviniente que, en conjunción con otros acontecimientos de corte psicosocial, colaboran con la resultante, es decir, con el modo concreto de ser mujer u hombre. Todas ellas contribuyen a explicar la diversidad sexual humana.

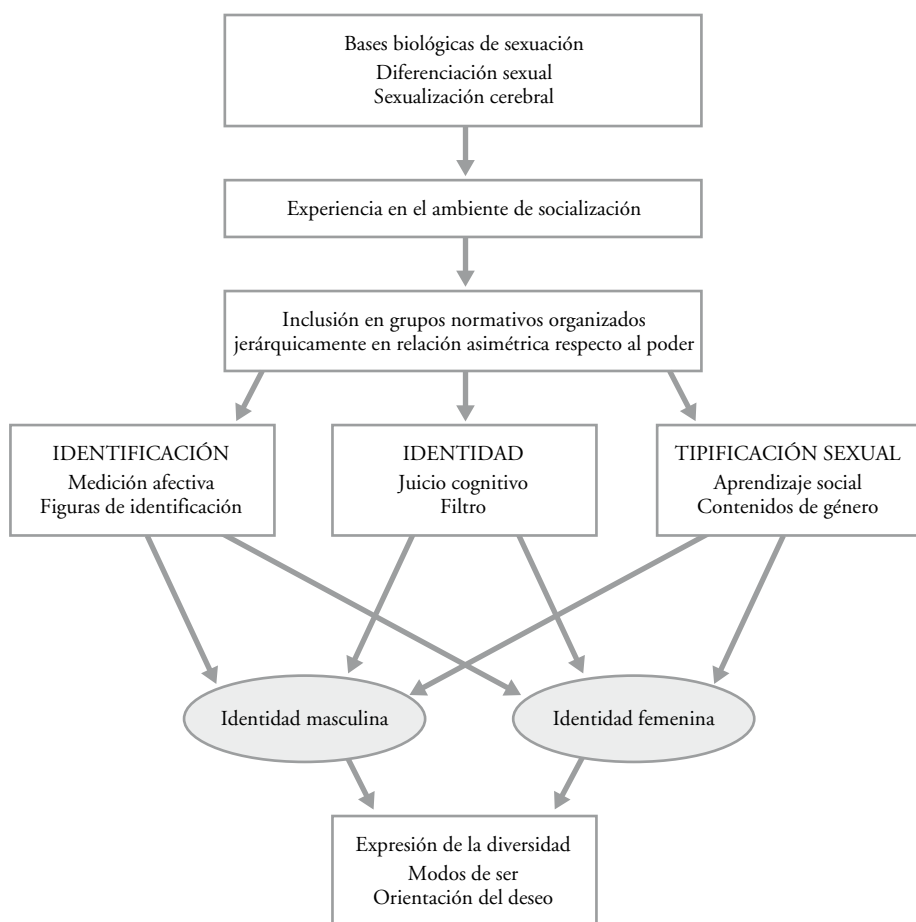


Figura 3.8. Síntesis de teorías explicativas.

A partir del nacimiento; el bebé se integra en el ambiente de socialización y por tanto está sometido al flujo de estímulos tipificados sexualmente, a las acciones y reacciones ambientales en relación con la sexuación. Recordemos el sexo como variable estímulo y como variable sujeto.

Siguiendo a Félix López (1988), la adquisición de la identidad sexual y de género se desarrolla por tres procesos complementarios: la *identidad*, la *identificación* y las *tipificaciones sexuales*. Estos procesos han sido explicados desde diferentes marcos teóricos en psicología. Lejos de contraponerlos los tres son complementarios.

El núcleo central de la adquisición de la identidad sexual está en el juicio cognitivo. El hecho de conocer, de saberse niño o niña, mediatiza todo el proceso. Seríamos críticos con la idea piagetiana de que el niño es un ser egocéntrico, centrado en su actividad cognitiva y «aislado», en cierto modo, de otras influencias.

El aprendizaje social no explica la adquisición de la identidad sexual, digamos que es un colaborador necesario. El aprendizaje modela, matiza los contenidos de la identidad. Los teóricos del aprendizaje social admiten que los refuerzos no son neutros, dependen de procesos intrapsíquicos como la atención, la motivación, la memoria, etc. (Bandura, 1977; Mischel, 1966). La cualidad del refuerzo, es decir, lo que determina lo que es gratificante, incluso la intensidad de la gratificación, está determinada por el juicio cognitivo previo. Este funciona como un filtro que otorga significado y coherencia a la integración de los nuevos elementos que irán conformando en lo sucesivo la complejidad de la identidad sexual y de género.

Desde el punto de vista de los principales estudios del género, el aprendizaje social podría contribuir a la desigualdad entre las mujeres y los hombres puesto que lo que es percibido como gratificante, es decir los refuerzos, estarían mediatizados por los referentes culturales de lo que resulta apropiado para mujeres u hombres. Aceptando la gran importancia del aprendizaje social y desde una postura crítica con lo establecido, deberíamos preguntarnos ¿qué es lo que esta sociedad considera apropiado o inapropiado para mujeres u hombres? ¿Qué es lo que esta sociedad refuerza en los niños y en las niñas, desde el ámbito familiar restringido, hasta los medios de comunicación? ¿Cuáles son las actitudes sexuales dominantes en mujeres y en hombres que puedan ser valorados como elementos de identificación? ¿Qué cambios reales se están produciendo en la relación entre mujeres u hombres?

La identificación es un elemento que interviene de forma evidente en el proceso de adquisición de la identidad sexual y de género, pero tampoco lo podemos considerar como el proceso central. Es a partir del juicio cognitivo (saberse mujer u hombre), cuando puede surgir a partir de la observación y el contraste de uno mismo con los demás, en primer lugar, la valoración de características de otras personas en cuanto a contenidos de identidad («me gusta cómo eres»), y en segundo lugar, el deseo de incorporarlos en uno mismo («deseo ser como tú»).

No podemos dejar de considerar la importancia del apego en la formación de la identidad en el sentido del «modelo de sí mismo» que forma par-

te del *modelo interno*. Probablemente los vínculos afectivos establecidos con los progenitores, o quienes cumplan su función, contribuyen a las identificaciones necesarias para el desarrollo de la identidad sexual.

Por último, y remitiéndonos al capítulo 1, dedicado al concepto de sexualidad, esta debe ser entendida como una realidad enormemente dúctil. Por ello, asumiendo dos grandes grupos sexuales de referencia, la sexualidad se caracteriza por su gran diversidad. En efecto, hay tantos modos de ser mujer y hombre como personas.

5.4 La identidad sexual y de género en la adolescencia

Tal y como ya hemos indicado, la identidad sexual y de género son categorías centrales del concepto amplio de identidad, junto con la identidad vocacional y la identidad ideológica (Erikson, 1968). Podemos afirmar, como ya hemos visto en puntos precedentes, que los niños y las niñas adquieren la identidad de núcleo genérico o identidad básica de género en torno a los tres años (Money y Ehrhardt, 1972).

Este concepto hace referencia al hecho de que, desde un punto de vista evolutivo, es la primera vez que los niños y las niñas perciben su identidad sexuada (López, 1988; Kohlberg, 1973). Sin embargo, la identidad sexual y de género adquirirá su conformación madura a lo largo de la adolescencia. En ella ocurren acontecimientos esenciales en este sentido que interactúan entre sí: a) Los cambios biológicos propios de la pubertad. b) La adquisición de nuevas capacidades que dan lugar a cambios psicológicos de conformación en su conjunto.

Resulta particularmente útil el esquema propuesto por Money y Ehrhardt (véase figura 3.6). Nos apoyaremos en este esquema para explicar el proceso. Observemos el puente que se establece entre el nivel *gonadal fetal* y el *hormonal puberal*. Como se puede observar, la activación del nivel hormonal puberal tiene dos efectos: 1) La génesis de la *morfología puberal*, que inicia el camino hacia la nueva figura corporal sexuada, base de la redefinición de la identidad sexual y de género. 2) La aparición del *erotismo puberal*, responsable de la activación del deseo erótico que impulsará al adolescente a la búsqueda de satisfacción sexual, bien autoerótica, bien compartida.

5.4.1 Cambios en la imagen corporal

A lo largo del periodo intrauterino se desarrolla el proceso de diferenciación sexual¹⁰. Al final del embarazo se diferencia el gonostato que regulará

¹⁰ Confrontar con el punto 5.1. Diferenciación sexual.

en el futuro el funcionamiento gonadal; queda diferenciado y latente hasta que el reloj biológico lo dispara en el momento de la pubertad. Llegado este momento, en torno a los doce o trece años, antes en las chicas que en los chicos, el cuerpo adquiere su naturaleza dimórfica con la aparición de los *caracteres sexuales secundarios*, resultado de la acción de las gonadotropinas en la maduración de las gónadas, las cuales aportan al caudal sanguíneo las hormonas responsables de estos cambios.

Llegados a este punto, pondremos el foco en la importancia de la nueva morfología del cuerpo sexuado en la reestructuración de la identidad sexual y de género. En efecto, los cambios puberales obligan a una reestructuración de la identidad sexual, a partir de lo que hemos denominado «identidad básica de género», en la medida en que el cuerpo es su pilar esencial.

Alguien dijo: «No es que tengamos cuerpo, somos cuerpo». En este sentido, los cambios físicos exigen, desde un punto de vista intrapsíquico, una redefinición progresiva de la identidad en función de la nueva imagen y de las nuevas funciones adquiridas. Por otro lado, la nueva imagen es puesta en relación con el medio social y generalmente comparada con los estereotipos de belleza. No cabe duda de que, cuando hablamos de la identidad en su sentido más global, la resultante está mediatizada por la integración y aceptación de la nueva imagen corporal.

Desde la propia biología podemos afirmar que cada persona es el resultado de su propio proyecto genético. Dentro de cada sexo existe una gran diversidad de morfologías que van desde las físicamente más ambiguas, hasta las más estereotipadas.

Retomemos algunos conceptos propuestos en el inicio de este capítulo, como son el concepto global de *identidad*, el *autoconcepto* y la *autoestima*. El resultado de la dimensión biológica del proceso de sexuación es el cuerpo sexuado, por tanto, de la imagen corporal. Es preciso diferenciar la imagen corporal percibida por la persona y la percibida por los demás. En términos de identidad sexual y de género, la imagen corporal percibida por un mismo forma parte esencial del autoconcepto, es decir, del concepto que uno tiene de sí mismo, que forma parte de la construcción de la identidad global.

Por tanto, en la medida en que el cuerpo cambia, la imagen corporal debe ser integrada en la redefinición de la identidad que se produce en esta fase evolutiva. Sin embargo, es evidente que la cultura occidental es altamente exigente con la figura corporal en relación con el modelo de belleza establecido, instrumentalizándola con fines espurios.

Desde el punto de vista de la autoestima, como valoración subjetiva, esta puede ser positiva o negativa en función de las expectativas personales. La presión social respecto a la imagen corporal, ejercida sobre todo a través de los medios de comunicación, puede llegar a ser extraordinariamente intensa. Por tanto, la autoestima puede ser seriamente dañada en función de

la expectativa del modelo de mujer u hombre que cada persona utilice como referencia. Diversas investigaciones indican que las personas que mejor se ajustan al modelo de belleza tienden a tener «ventaja sociológica», mejor autoestima, mayor popularidad, mejor adaptación, como indica Cabot citado por López (1986). A pesar de todo, estas ventajas no son garantía en absoluto de madurez en el desarrollo de la identidad.

La educación afectivo-sexual debe contribuir a paliar esta presión social promocionando un concepto de belleza diferente, dinámico, basado en el desarrollo y cultivo de valores y cualidades personales que resulten atractivos y seductores para uno mismo y para los demás, antes que un modelo puramente estático y particularmente rígido. Tal cuestión solo será posible en la medida en que se flexibilicen los contenidos de género, se comprendan en profundidad y se acepte la diversidad de la sexualidad humana.

5.4.2 Cambios en las nuevas capacidades

Una vez adquirida la identidad básica de género durante la infancia, esta resulta muy estereotipada. Los niños y las niñas necesitan afirmarse en su grupo. Además, sus capacidades cognitivas no les permiten más que una visión concreta de la realidad: «Las cosas son lo que son y no pueden ser de otra manera».

Al comienzo de la adolescencia el propio desarrollo cognitivo potencia un cambio cualitativo en la manera de procesar la realidad. Es el paso de lo concreto a lo abstracto. La realidad es tan solo una posibilidad entre otras: «Las cosas son como son, pero pueden ser de otra manera».

Estos cambios cognitivos permiten relativizar los contenidos de género. No existe una única manera de ser mujer u hombre. Las atribuciones clásicas que la cultura occidental ha venido haciendo al hecho de ser mujer u hombre, pueden ser cuestionadas. Precisamente, en el actual momento histórico, los referentes sociales de los roles de género están en un momento de cuestionamiento y en una dinámica de cambios que generan un intenso debate social.

Como ya hemos indicado, los estudios sobre los roles de género indican que en el análisis de valores, actitudes y comportamientos observados desde la variable sexo, se pueden agrupar en dos polos que hacen referencia a la *instrumentalidad* (interés por lo que uno puede construir o destruir, impulsividad, independencia, competitividad), y a la *comunalidad* (interés por el cuidado del grupo, empatía, dependencia). Convencionalmente el modelo de congruencia en la relación sexo-género determinaba que el primero se asocia a la masculinidad y el segundo a la feminidad. Sin embargo, el modelo actual o de androginia afirma que ambos polos pueden estar presentes

en cualquiera de los dos sexos, siendo así que las personas que mejor integren ambas dimensiones, instrumentalidad-comunalidad, serán más saludables porque poseerán mayor capacidad de adaptación.

Las personas que están en este momento evolutivo deben realizar, al hilo del desarrollo de su identidad globalmente considerada, una asimilación de contenidos de género. Estos no son otra cosa que todos aquellos elementos que dan significado al hecho de ser mujer u hombre. Semejante tarea no es sencilla puesto que la adolescencia se halla inmersa en un medio social en el que, como hemos dicho, se está produciendo un fuerte debate en relación a las identidades y a los roles de género. En este ambiente de socialización convergen los tradicionales y los actuales caracterizados por los cambios habidos en la emergencia del nuevo rol de la mujer y sus consecuencias sistémicas respecto al hombre (Del Valle y Sanz, 1991). Por otro lado, continúa una fuerte presión social debida a la inercia del modelo masculino, en cuanto a lo que hoy por hoy significa socialmente la masculinidad, que debe ser entendida en términos de poder.

Por otro lado, el avance en los derechos de las personas homosexuales (hombres y mujeres) y de otras formas de sexuación como las personas transexuales y transgenéticas, tanto en términos legales como de integración social, a pesar de las inevitables polémicas ideológicas, conforman el escenario en el que las personas adolescentes deberán configurar su propia identidad sexual y de género.

5.4.3 La aparición del deseo erótico

¿Qué relación existe entre el deseo erótico y la identidad sexual? En este punto trataremos de responder a esta pregunta, aunque para profundizar en el tema del deseo erótico remitimos al capítulo dedicado a él.

Volvemos a la figura 3.6. Nos centraremos en la aparición del *erotismo puberal*. En efecto, uno de los acontecimientos más relevantes en la adolescencia, es la aparición de la versión adulta del deseo erótico. El incremento de los niveles de testosterona hace surgir la activación biofisiológica y neuroendocrina del deseo erótico. El erotismo infantil se caracteriza por su cualidad autoerótica y egocéntrica, propias del momento evolutivo. A partir de la pubertad y a lo largo de la adolescencia, el autoerotismo infantil se transforma paulatinamente en heteroerotismo, es decir, un erotismo proyectado hacia los demás.

En relación con la identidad sexual, hay dos aspectos del deseo erótico íntimamente ligados a ella: la *dimensión erótica* y la *orientación del deseo*.

La identidad personal globalmente considerada está compuesta por diferentes dimensiones, tal y como hemos indicado a lo largo de este capítulo:

identidad existencial, y categorial (López, 1988), sexual y de género, vocacional e ideológica (Marcia, 1966, 1980). De un modo más concreto, diremos que cada persona posee una dimensión social, una dimensión profesional, una dimensión ideológica... y una dimensión erótica. Dicho de otro modo, el erotismo forma parte de la identidad. La consideración del placer erótico en la cultura occidental y la estructura sexista de la relación entre los sexos han contribuido a diluirla y desenfocarla. La dificultad de algunas personas con problemas sexuales consiste precisamente en no poder reconocer su dimensión erótica. En este sentido, las personas adolescentes se enfrentan a un reto en el proceso de construcción de su propia identidad. Se trata de reconocer el deseo erótico, conocer sus manifestaciones e integrarlo en el conjunto de la personalidad.

En relación con su orientación el deseo sexual, según Money, se orienta en momentos prepuberales. La orientación del deseo es anterior a los comportamientos y estos se corresponden con ella. Autores como LeVay indican que lo que ocurre en el periodo crítico de «sexualización cerebral» en la etapa intrauterina intervendría en la orientación del deseo.

Conviene recordar que, cuando nos referimos a la orientación del deseo, nos estamos refiriendo exclusivamente a la activación erótica. Las personas tienen capacidad de responder a estímulos de valor erótico que provocan una respuesta, es decir, que conmueven eróticamente. Estos estímulos activan el deseo que se expresa en experiencia emocional. Los estímulos pueden proceder de personas del mismo, de distinto o de ambos sexos. Por consiguiente, el deseo se orienta hetero, homo o bieróticamente. La orientación del deseo debe ser integrada en el conjunto de la identidad personal en general, y de la identidad sexual y de género en particular.

La sociedad tradicional occidental ha tendido a negar la diversidad sexual humana. La prescripción, el «mandato» de referencia para la formación de la identidad en un contexto sexista puede ser el siguiente:

Tú eres tú, que eres hombre, debes comportarte como un hombre —como la sociedad espera que te comportes en función de tu sexo— y debes desear y sentirte deseado por las mujeres. Tú eres tú, que eres mujer, debes comportarte como una mujer —como la sociedad espera que te comportes en función de tu sexo— y debes desear y sentirte deseada por los hombres.

Por tanto, entendida la sexualidad como el modo personal de ser mujer u hombre, la dimensión erótica y la orientación del deseo forman parte de la construcción de la identidad personal.

En la actualidad podemos ser algo más optimistas, si nos referimos aunque sea al mundo desarrollado, reconociendo que la cuestión de los roles de género ha evolucionado considerablemente. La diversidad, en el ámbito

de la sexualidad, es cada vez más reconocible. Un referente moderno respecto a la integración del deseo erótico en el conjunto de la identidad desde la diversidad podría ser el siguiente:

Yo soy yo, que soy hombre [*Identidad sexual y de género*]. Tengo mi manera propia de ser hombre, que puede ser fuertemente discrepante de los roles tradicionales [*contenido de género, identificaciones*]. Una de las características que me definen como hombre es que deseo eróticamente a otros hombres (orientación del deseo).

El mismo proceso se daría en las mujeres. Como vemos, la adolescencia es una etapa fundamental en la que se fraguan los elementos más importantes de la identidad. Desde el punto de vista de la psicología de la sexualidad, la transformación del cuerpo, la activación progresiva del deseo erótico y su orientación, junto con la aparición de nuevas capacidades psicológicas, son hitos esenciales que darán lugar a la conformación dinámica de los diversos modos de sexuación.

En resumen, podemos decir que la sexuación es el resultado de la integración de los diversos niveles que conforman el hecho sexual. La identidad sexual es la síntesis del desarrollo de la programación genética respecto a las bases biológicas del hecho sexual y de los procesos psicológicos que la determinan. Anteriormente hemos hecho una distinción entre la identidad sexual y la de género siendo conscientes de que probablemente tan solo tiene valor teórico. En realidad, al final de la adolescencia, las personas adquieren conciencia de su propia identidad, que es inexorablemente sexuada. Así, como decíamos en la introducción, la sexualidad es el modo de estar en el mundo como persona sexuada, que sin duda es el resultado del diseño individual de la propia sexuación.

Ejercicios de autoevaluación

1. Explica los conceptos de «sexo» y «género».
2. Según Juan Fernández, qué significa «sexo como variable sujeto».
3. Los andrógenos pueden tener un efecto activador u organizador, en el proceso de diferenciación sexual. Explícalo.
4. Indica algunas de las conclusiones en relación con el estudio de diferenciación sexual intrauterina, de interés para la psicología de la sexualidad.
5. ¿Cómo se articula la identidad, el autoconcepto y la autoestima en el modo de ser mujer u hombre?
6. ¿Qué se entiende por identidad de núcleo genérico o identidad básica de género?
7. ¿Cuál es la cronología que propone Thomson respecto a la adquisición de la identidad sexual?
8. ¿Cuál es la idea clave que utilizan los autores cognitivos en su explicación de la adquisición de la identidad sexual?
9. ¿De qué hablan los teóricos del aprendizaje cuando se refieren a la adquisición de la identidad sexual?
10. Sintetiza la aportación que se hace desde la perspectiva de género en relación con la adquisición de la identidad de género, en concreto respecto a la formación de la subjetividad masculina o femenina.
11. Desde el punto de vista de los roles de género ¿qué es la masculinidad? ¿Qué es la feminidad?
12. ¿Qué características psicológicas se relacionan con la instrumentalidad?
13. Características de modelo actual o de androginia.

4. El deseo sexual y su configuración

Las revisiones bibliográficas de los principales autores que han trabajado sobre el deseo sexual constatan la dificultad de definir el deseo erótico con claridad. El deseo sexual tiene un origen claramente biofisiológico, con una estructura anatómico-neuro-endocrina muy perfilada. Su función, desde el punto de vista etológico, se centra en la supervivencia de la especie a través de la reproducción. Sin embargo, el ser humano trasciende esta dependencia elemental y, desde un punto de vista psicológico, el deseo sexual se convierte en una de las motivaciones más importantes de la existencia.

Una de las aportaciones más interesantes desde el campo de biofisiología es la ofrecida por Bancroft (1988). Este indica que el deseo sexual debe ser visto desde una triple perspectiva: la afectiva, la cognitiva y la biofisiológica.

Bancroft es uno de los autores más relevantes en el estudio de las bases biológicas del deseo sexual y, a pesar del peso de su especialidad, llega a la siguiente conclusión:

[...] deberíamos ver el deseo sexual como un concepto experiencial y no neurofisiológico; para una propuesta operacional hay que identificar y medir tres dimensiones obvias de esta experiencia: la cognitiva, en términos de pensamientos e imágenes, la afectiva en términos de humor o de estados emocionales y la neurofisiológica en términos de activación central.

BANCROFT, 1989.

Lief (1977) fue uno de los primeros, en la época moderna del desarrollo de la sexología clínica, en plantear el deseo sexual como una dimensión diferente de la excitación y el orgasmo. Refiriéndose a su definición dice:

El deseo sexual es un aspecto de la vida humana extraordinariamente complicado y requiere de una aproximación multifactorial para su comprensión. No se puede tener en cuenta solamente las respuestas sexuales observables, como dice Kinsey. Alguien podría masturbarse 20 o más veces a la semana, pero faltarle el deseo para relacionarse sexualmente con una pareja, o una persona podría relacionarse sexualmente con otra, 20 o más veces al mes sin deseársela realmente.

LIEF, 1988.

Helen Singer Kaplan (1974, 1979, 1983, 1987) propuso el modelo trifásico de respuesta sexual en el que incluye el deseo sexual como una fase de la misma. Ofreció así una alternativa al modelo propuesto por Master y Johnson. Considera que el deseo constituye una entidad neurofisiológica diferente justificando así su categoría de «fase» de la respuesta sexual¹. Su aportación ha contribuido a mejorar la comprensión y las propuestas terapéuticas de las dificultades sexuales. Kaplan se refiere al deseo sexual en los siguientes términos:

El deseo sexual es (1) básicamente similar a otros impulsos como el hambre o la sed en cuanto que depende de la actividad de una estructura anatómica específica del cerebro. (2) Abarca centros que acrecientan el impulso, equilibrados por otros que lo inhiben. (3) Está servido también por dos neurotransmisores específicos, uno inhibitorio y otro excitatorio. (4) Tiene vastas conexiones con otras partes del cerebro lo que permite que el impulso sexual se halle integrado en la totalidad de la experiencia vital del individuo y resulte afectado por ella. (5) El deseo sexual es vivenciado como sensaciones específicas que mueven al individuo a buscar experiencias sexuales o a mostrarse receptivo a ellas. Tales sensaciones son producidas por la activación de un sistema neuronal específico del cerebro.

KAPLAN, 1979.

Rosen y Leiblum (1988), en su aproximación conceptual, subrayan la idea de que el deseo sexual es ante todo un sentimiento subjetivo, consideran que:

[...] el deseo sexual es un sentimiento subjetivo que puede ser activado por estímulos externos o internos, y que puede desencadenar o no, un comportamiento sexual abierto.

¹ Confrontar con el capítulo 7 dedicado a la respuesta sexual.

Para que este estado ocurra es necesario un adecuado funcionamiento neuroendocrino, así como la exposición a estímulos sexuales de suficiente intensidad, que pueden tener su origen en el individuo o en su entorno... En la presencia de un funcionamiento neuroendocrino intacto y unas posibilidades adecuadas de expresión, vemos el deseo sexual determinado primariamente por procesos sexuales intrapsíquicos e interpersonales.

Otra propuesta de particular interés es la efectuada por Levine (1984, 1987, 1988), autor que se ha preocupado por los aspectos conceptuales y definitorios del deseo sexual. Lo define a través de los tres puntos siguientes: 1) el deseo sexual es lo que precede y acompaña a la excitación; 2) es la tendencia psicobiológica a buscar satisfacción sexual; 3) es la energía que conduce al comportamiento sexual. Por tanto: «El deseo sexual es la energía psicobiológica que precede, acompaña y tiende a producir comportamiento sexual» (Levine, 1987).

Levine considera que el deseo erótico se estructura en tres factores moderadamente separados. Según este autor, el deseo sexual es el producto de la capacidad mental de integrar tres elementos razonablemente separados: el impulso, el anhelo y la motivación. Su descripción es la siguiente:

- **Impulso** (*drive*). Es el efecto que surge de la acción de las bases biofisiológicas que rigen el comportamiento sexual, la base energética que lo sustenta. Se evidencia a través de manifestaciones endógenas y específicas de activación sexual. Provoca un cambio perceptual por el cual los atributos físicos alcanzan un lugar predominante en la jerarquía de estímulos de valor erótico, fantasías, sueños y tendencia a la búsqueda de actividad sexual compartida o autoerótica. Estas manifestaciones pueden ser resumidas como una activación endógena espontánea y un aumento de excitabilidad erótica. Hay quien piensa que el deseo erótico no es sino el efecto de la testosterona, tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, desde esta perspectiva, la testosterona juega un papel meramente activador. Es un elemento necesario pero no suficiente. La testosterona y el resto de los elementos neurofisiológicos son los responsables de la activación que debe ser considerada como una forma de ansiedad, cuyo origen es erótico y proviene de la programación genética responsable de la reproducción. No obstante, este efecto es insuficiente para comprender el deseo erótico humano. Tal activación debe ser «etiquetada», es decir, reconocida como tal activación erótica.

El «impulso», tal y como lo plantea Levine, se refiere exclusivamente a la activación neurofisiológica. Podemos utilizar como símil un automóvil. Para podernos desplazar con este vehículo, necesitaremos varios sistemas. En primer lugar un motor de explosión que genere el movimiento. Este requiere de combustible, de gasolina. A con-

tinuación necesitaremos otros elementos complejos como el chasis, la dirección, la amortiguación, etc. Como vemos en este paralelismo, el impulso se corresponde con la gasolina. Esta es absolutamente necesaria para podernos desplazar con el automóvil. Sin embargo, la gasolina por sí misma es insuficiente, requiere de una serie de sistemas complejos. Por tanto, el impulso (bases neurofisiológicas del deseo erótico) es absolutamente necesario para la experiencia del deseo, pero en sí mismo es insuficiente. Requiere de otros sistemas complejos para su articulación en el conjunto de la psicología personal.

- **Anhelo** (*wish*). Hace referencia a las ganas, al anhelo de tener relaciones sexuales, independientemente del impulso. Como el propio autor indica, se trata del «deseo de desear». Es pues la representación socio-cultural del deseo erótico expresada en contenidos concretos. Se puede desear relaciones eróticas sin tener impulso en un momento dado. El anhelo viene a ser la representación cognitiva de las ganas de vivir situaciones eróticas. En este sentido puede haber mujeres y hombres de cierta edad que, teniendo un impulso infrecuente o débil, anhelan tener relaciones sexuales. Las razones para tal anhelo normalmente se establecen en edades tempranas. Estas pueden ser las siguientes: el hecho de mantener relaciones sexuales hace sentirse bien físicamente, amado/a, valorado/a, importante, vital y enérgico/a. Hace sentirse bien con la dimensión erótica de la identidad de género, vinculado/a a otra persona, menos solo/a, a gusto con la pareja².

Normalmente, estos contenidos tienden a ser coherentes con el discurso social dominante. Por ejemplo, en una sociedad sexista y heterosexista lo que se espera es que el deseo erótico sea heterosexual; el contenido específico a lo largo de la socialización sería: «A los hombres les tiene que atraer las mujeres, a las mujeres les tienen que atraer los hombres».

Entre personas adolescentes o jóvenes, en ocasiones el impulso podría no concordar con el anhelo. Teniendo altos niveles de excitabilidad, de activación, pueden existir causas que lleven a no anhelar la actividad sexual. Entre estas se pueden citar: no sentirse emocionalmente preparado/a, no saber exactamente cómo hacerlo, no tener a una persona todavía apropiada, estar todavía asustado/a de las sensaciones del alto grado de activación erótica, miedo al embarazo o a las E.T.S., tener la convicción de que la actividad sexual, en ese momento, es mo-

² Confrontar estas ideas con el capítulo 5 dedicado a los afectos y la sexualidad. En el punto dedicado al apego se consideran algunos motivos para desear relaciones sexuales relacionadas con el apego. Estos motivos, sin duda, pueden formar parte del «anhelo» en la propuesta de Levine.

ralmente incorrecta, no desear el disgusto de los padres, sentir miedo a la intimidad, miedo al rechazo. En la medida en que se va madurando, los impulsos y los anhelos van coincidiendo cuando se contempla la actividad sexual como algo normal y valioso.

- **Motivo** (*motive*). Representa la disposición hacia la actividad sexual. Es el más complejo de los componentes del deseo sexual. Está determinado por la interacción de factores intrapsíquicos y procesos interpersonales en relación con la propia historia afectivo-sexual. Muchos de estos determinantes no son evidentes y se descubren retrospectivamente. La disposición hacia la actividad sexual está generalmente inducida por uno o más de los siguientes antecedentes: el impulso, la decisión de tener relaciones sexuales, la relación interpersonal, la observación de los demás, la atracción, etcétera.

El motivo se refiere al consentimiento. Podemos expresarlo de la siguiente manera:

Teniendo representaciones mentales del sentido de la experiencia erótica en las personas y el deseo de integrarlas en uno mismo (anhelo), sintiendo la activación erótica como respuesta a estímulos endógenos o exógenos (impulso), consiento y acepto integrar la experiencia erótica en mi biografía (motivo).

Se trata fundamentalmente del «soporte psicológico» del deseo erótico. En el ejemplo del automóvil, hemos visto que la gasolina es necesaria para que el motor funcione. Ahora bien, el motor debe estar firmemente sujeto al chasis, al resto del vehículo, a través de la bancada. El «motivo» equivale a la bancada del motor. Se trata del consentimiento que cada persona hace respecto a la experiencia erótica. En definitiva, siendo consciente de la activación del impulso sexual, integrado el anhelo, la aspiración de estar involucrado en una actividad erótica, el motivo, como tercer factor del deseo sexual, se refiere a la disposición, es decir, a la voluntad de implicarse en una experiencia erótica. El motivo sexual, como elemento disposicional, está condicionado por cuatro importantes contextos:

- a) La identidad de género.
- b) La calidad de las relaciones sexuales y no sexuales.
- c) Las pautas de regulación propia y del compañero/a.
- d) La transferencia con los vínculos del pasado.

En el capítulo dedicado a las actitudes analizamos el constructo erotofobia-erotofilia y los sentimientos de culpa sexual. La actitud positiva o negativa hacia la sexualidad podría mediar en la relación entre el impulso y el anhelo.

Según Levine, estos tres elementos están separados tan solo conceptualmente, puesto que en la experiencia, el deseo se experimenta como un todo. Lo lógico —y lo saludable— sería que actuasen en armonía, aunque en la experiencia clínica se observa que las dificultades respecto al deseo erótico suelen mostrar disonancias evidentes entre ellos.

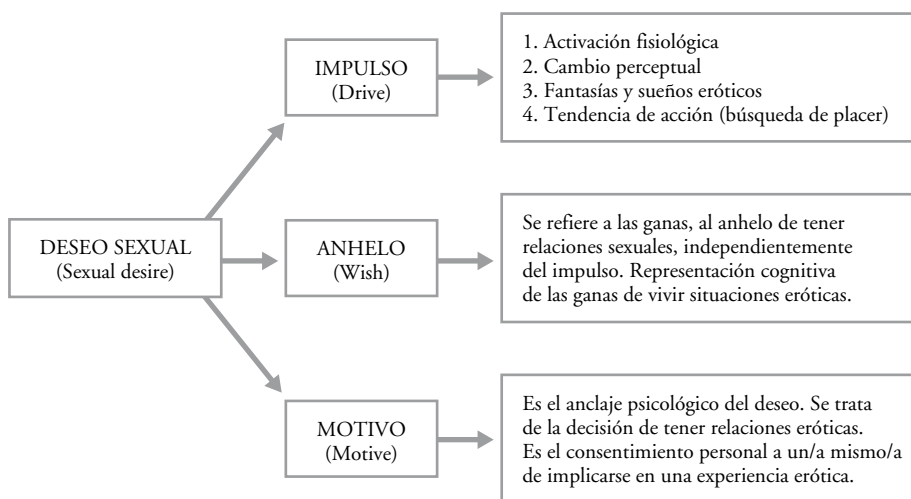


Figura 4.1. Componentes del deseo sexual.

En síntesis, el deseo sexual implica un sentimiento de interés, de necesidad, de apetencia, de búsqueda de estimulación y placer erótico, pero no implica necesariamente la puesta en marcha de conductas instrumentales dirigidas a ello. Cuando el deseo sexual está presente, dichas conductas, si llegan a producirse, son vividas con particular intensidad, con pasión (Schnarch, 1991).

En el espacio clínico se puede apreciar la relativa independencia de estos factores puesto que en las personas que presentan dificultades con el deseo sexual es posible observar determinadas incongruencias entre ellas. Por ejemplo, personas con un nivel óptimo de impulso, podrían tener razones para evitar la experiencia emocional subjetiva del deseo sexual por diversos motivos. El discurso social sobre lo «sexualmente correcto» podría lograr que una persona anhelase desear sexualmente aquello que dista de su propia realidad. Una persona mayor podría anhelar estar involucrado/a en experiencias sexuales, porque estas podrían hacerle sentirse activo/a, vital, querido/a, aunque por determinadas circunstancias careciese de impulso. Una persona adolescente, como veremos posteriormente, podría sentir un fuerte impulso sexual, careciendo de recursos para integrarlo en el conjunto de su personalidad en relación con otras instancias psíquicas. Podría tener motivos para no desear o aplazar la experiencia sexual, a pesar de su impul-

so, debido a algunas contradicciones o dificultades propias del comienzo de la adolescencia.

Desde este punto de vista y coincidiendo con otros autores (Kaplan, 1979; Rosen y Leiblum, 1995; Schnarch, 1991), el deseo sexual es una realidad compleja que, a partir de disposiciones programadas genéticamente, se articula en función de la experiencia personal, derivada de un contexto sociocultural portador de su propio discurso sobre la sexualidad en general, y el erotismo en particular. En este sentido, el deseo sexual no puede reducirse a una mera reacción instintiva a estímulos eróticos, sino que, en conjunción con otros procesos psicológicos, se configura a lo largo de la historia personal (Gómez Zapiain, 1995, 2009).

La aproximación conceptual del deseo sexual que acabamos de desarrollar, permite considerar las siguientes cuestiones: el deseo sexual se instala en un sustrato biológico (impulso, activación) heredado genéticamente que produce una predisposición comportamental a la búsqueda del placer sexual. Esta activación es interpretada e integrada psicológicamente a través de procesos cognitivos y emocionales (Fuertes, 1995). La posibilidad de interpretación e integración, aunque puede ser mediada por variables individuales, está fuertemente influida por el discurso social. A continuación abordaremos el desarrollo, la dinámica y la configuración del deseo, dando contenido a la aproximación conceptual que acabamos de hacer.

1. Aproximación a las bases biofisiológicas del deseo sexual

Tal y como se ha indicado en el punto anterior el «impulso», en la propuesta de Levine acerca de la estructura del deseo sexual, se asienta en sus bases neurofisiológicas. Se refiere a lo que Singer y Toates (1987) denominan el «estado del organismo», tal y como veremos posteriormente.

En términos humanos el deseo erótico es un sistema motivacional que se activa y desactiva en determinados contextos. Por tanto, lo que resulta de enorme interés para la Psicología de la Sexualidad es la capacidad humana de regular el deseo erótico al servicio de una satisfacción razonable de necesidades básicas. El conocimiento de los determinantes biológicos de la motivación sexual nos ayuda a comprender su dinámica. Veamos sus componentes.

1.1 Determinantes anatomo-fisiológicos

Los centros del cerebro que regulan el deseo erótico consisten en una red de núcleos y circuitos neuronales. Existen centros de activación y de

inhibición que están localizados en el sistema límbico con importantes núcleos en el hipotálamo y en la región preóptica. Estas estructuras han sido suficientemente contrastadas en los estudios acerca del comportamiento sexual animal, por ello es razonable pensar que desempeñen un papel similar en la sexualidad humana.

El hipotálamo es una de las estructuras más directamente implicadas en el control de la conducta sexual. En él se pueden localizar zonas cuya estimulación provoca un incremento de la conducta sexual. En experimentos con animales se comprueba que la estimulación en la «zona preóptica» provoca el incremento de la motivación sexual, su desaparición la hace desaparecer. Cuando posteriormente se administra testosterona, esta no se recupera. Parece lógico pensar que en esta zona preóptica y la «zona anterior» del hipotálamo se hallan áreas importantes que regulan el deseo sexual. Sin embargo algunos autores mantendrían que esta zona regularía la conducta sexual de los machos mientras que los de las hembras estarían en la «zona ventromedial».

Por otro lado, cuando se destruyen los núcleos de la «zona caudal» hipotalámica, fundamentalmente los cuerpos mamilares, se observa un incremento de la conducta sexual, por lo que se podría deducir que esta zona controla los impulsos inhibitorios de los comportamientos sexuales. Los estudios de LeVay (1993) destacan la importancia de los núcleos hipotalámicos INAH 1, 2 y 3, especialmente el 3, en la regulación del deseo sexual.

La participación del hipotálamo en la conducta sexual es evidente y muy relevante; mucho más si se tiene en cuenta que es el órgano controlador del sistema endocrino. Sin embargo, debido a las innumerables conexiones que existen en esta zona se hace bastante difícil establecer con claridad cuál es la exacta significación de cada región respecto a la conducta sexual globalmente considerada. En general se puede aceptar que las zonas anterior y preóptica están implicadas en la conducta sexual como facilitadora de la misma, tanto en machos como en hembras. La zona posterior podría jugar un papel inhibidor de dicha conducta.

El sistema límbico es una de las zonas más antiguas del cerebro que interviene en la supervivencia y en la reproducción. Es un sistema que aparece ya en los vertebrados primitivos y se encuentra de manera similar en el ser humano. Aunque pueda parecer que está sumamente integrado en el cerebro y podría pensarse que ha sido superado, sin embargo su influencia es relevante y abarca el sustrato biológico de la experiencia emocional y sexual.

El «sistema sexual» cerebral tiene amplias conexiones con el resto del cerebro y parece ser que tiene relaciones importantes con las áreas del placer y del dolor (Kaplan, 1979). En el contacto físico el placer se estimula,

mientras que el dolor tiende a inhibir el deseo sexual. La tendencia de los seres vivos a la búsqueda del placer se relaciona con la evolución de la vida. En efecto, la sensación placentera asociada a determinadas conductas con carácter netamente supervivencial logra que estas se repitan y se mantengan. El placer está en la base de la vida (Mora, 2006).

En consecuencia, y por motivos evidentemente adaptativos, los seres vivos tienden a la búsqueda de estimulación de centros de placer y a la evitación de estimulación dolorosa. Por tanto, el sistema sexual tiende al bienestar y se ve afectado por experiencias dolorosas, tanto de tipo físico, como psicológico. Ello se comprueba por las conexiones tanto anatómicas como químicas con los centros que regulan el placer y el dolor.

Para la Psicología de la Sexualidad es importante comprobar que existen amplias conexiones con el neocórtex lo cual pone en evidencia que la configuración del deseo erótico está mediatizada por la experiencia vital, es decir, por la propia biografía. Ello nos lleva a pensar que el deseo erótico en los seres humanos adquiere una trascendencia psicológica que le hace superar con creces un planteamiento limitadamente cognitivo-conductual, dado el enorme caudal de símbolos y significados incardinados a la experiencia vital global de los individuos.

Permítaseme proponer la siguiente imagen. El deseo sexual es como un caballo. Este posee una gran fuerza potencial que puede manejarse bien activándola azuzándolo, ¡Arre!, bien inhibiéndola, frenándolo, ¡Sooo! El deseo sexual es una fuerza motivadora que puede ser regulada, bien activándola, bien inhibiéndola. Según H. S. Kaplan (1979), la evolución de las especies ha organizado jerárquicamente dos principios: la supervivencia individual y la de la especie. La primera está relacionada con los mecanismos de ataque o huida, es decir con la vigilancia (estrés) necesaria para la supervivencia del individuo. La segunda está relacionada con la motivación sexual, sistema necesario para la supervivencia de la especie a través de la reproducción.

Estos dos principios se organizan jerárquicamente de tal modo que generalmente siempre es prioritaria la supervivencia individual que la de la especie. Cuando un individuo se siente en peligro activará los mecanismos de defensa individual, al tiempo que inhibirá aquellos que se relacionan con la supervivencia de la especie, es decir, con la motivación sexual. Esta solo se activará en situaciones percibidas como seguras, protegidas de ataques o amenazas. El impulso sexual se inhibe fácilmente ante situaciones percibidas como peligrosas en cualquier especie.

El impulso sexual se inhibe adaptativamente cuando se prioriza la supervivencia del individuo. Ello ocurre porque se activarían los núcleos mamilares de la zona caudal en conjunción con los neurotransmisores y los compuestos hormonales correspondientes. Por el contrario, el impulso sexual se

activaría en situaciones de seguridad, ausencia de amenazas y ocurriría por la activación de la zona preóptica y ventromedial del hipotálamo.

De todo este volumen de conocimiento se deduce que

[...] los centros sexuales que tienen valor adaptativo son también la base biológica de la inhibición neurótica del deseo sexual.

KAPLAN, 1979.

Este hallazgo tiene un gran valor para la interpretación y comprensión de los trastornos del deseo.

Los circuitos sexuales están interconectados con partes del cerebro que analizan experiencias complejas y con el almacén mnémico y los sistemas de recuperación. Hay pruebas experimentales de que las experiencias configuran y determinan los objetos y actividades que suscitan los deseos. Por tanto, los centros sexuales centrales del deseo están conectados con centros reflejos espinales que rigen el funcionamiento.

1.2 Determinantes hormonales del deseo

Una hormona, tal como se define en la actualidad, es una sustancia secretada por células vivas en cantidades ínfimas desde el interior del organismo, y que es transportada generalmente por sangre hacia un lugar específico de acción, donde no es utilizada como fuente de energía, sino que obra regulando acciones sin iniciarlas, con objeto de conseguir una respuesta adecuada por parte del organismo.

SAWIN, 1971.

Las hormonas sexuales modulan las respuestas a las que se asocian. Pertenecen al grupo de hormonas llamadas esteroides. Se dividen en cinco grupos: estrógenos, andrógenos, progestágenos, glucocorticoides y mineralocorticoides. La glándula suprarrenal segrega sustancias de los cinco tipos. En el ovario se producen estrógenos, progestágenos y andrógenos. En el testículo andrógenos y estrógenos. Además, la placenta durante el embarazo es una fuente muy importante de hormonas esteroides. Las hormonas sexuales son los andrógenos, los estrógenos y los progestágenos.

La testosterona es para ambos sexos la hormona de la libido. Su ausencia hace desaparecer el deseo sexual. La hormona sexual FL-HL, factor liberador de hormona luteinizante, podría estimular sexualmente aun en ausencia de testosterona.

El esquema de la regulación de la testosterona en el cerebro es el siguiente: las experiencias vitales son registradas y sintetizadas por la cor-

teza. El hipotálamo tiene conexiones con distintas partes del cerebro. Por ello está influido por las experiencias vitales. El hipotálamo está directamente conectado con la hipófisis, que segrega la hormona folículo estimulante (FSH). Esta hormona regula la producción de testosterona en los testículos. Finalmente, la testosterona, a través del caudal sanguíneo, influye de forma decisiva en el cerebro y por tanto en los comportamientos sexuales.

Los andrógenos son claramente inductores del deseo en ambos sexos, producidos en el hombre en los testículos y en las mujeres en las glándulas suprarrenales, y en menor cuantía en los ovarios. Encontramos las siguientes evidencias al respecto: los hombres hipogonádicos que reciben dosis de andrógenos tienen excitación asociada a elaboración de pensamientos sexuales. Existen diferencias entre erecciones nocturnas y erecciones provocadas por estímulos externos. Las tumescencias nocturnas tienen que ver directamente con los andrógenos. Las erecciones de respuesta a estímulos eróticos externos no son afectadas por la disminución o el aumento de las dosis de andrógenos.

Los resultados sugieren que las erecciones espontáneas durante el sueño son las bases neurológicas del deseo sexual, que depende de la acción de los andrógenos.

Según Bancroft (1983), en el interior del cerebro y probablemente al nivel de la médula espinal, existiría un «sustrato» neurofisiológico dependiente de los andrógenos y correspondiente de una parte, al deseo sexual y de otra a las erecciones espontáneas nocturnas: «Sistema Central de Excitabilidad»; además de este sistema general de excitabilidad, unas vías nerviosas independientes de los andrógenos determinarían erecciones por estimulación externa. Podemos resumir las aportaciones de Bancroft respecto a las reacciones sexuales nocturnas de la siguiente manera:

Las erecciones nocturnas se emplean para el diagnóstico de dificultades de erección con relación al origen psicógeno u orgánico de las mismas. Bancroft, junto a Wu demostraron que existen diferencias entre las erecciones nocturnas espontáneas y las debidas a estímulos visuales. Las tumescencias nocturnas (TNP) dependen de los andrógenos; se debilitan en los hombres que carecen de testosterona y mejoran con la inyección de esta hormona. En cambio, las erecciones de respuesta a películas eróticas no son afectadas por la disminución o el aumento de la dosis de andrógenos inyectada. Sin embargo puede también utilizarse como indicador para analizar el deseo en la medida en que en las personas con bajo deseo sexual se registraban menor cantidad de TNP. Bancroft encontró que las erecciones nocturnas involuntarias responden directamente a la acción de la testosterona y se asocian a la motivación sexual, mientras que las erecciones debidas a la estimulación externa visual dependen de otras estructuras, estando más

relacionadas con la función ejecutiva de la respuesta sexual, es decir, con la excitación. Como veremos en el capítulo correspondiente, estos datos avallan el modelo trifásico de respuesta sexual, el cual mantiene que cada fase constituye una entidad neurofisiológica diferente.

En la mujer la cuestión es más difusa. El deseo sexual parece manifestarse justo antes o después de la menstruación. Los andrógenos alcanzan su máximo en el segundo tercio de ciclo. La explicación de que el deseo se manifieste al final del ciclo probablemente se debe al efecto retardado de acción, como también se demuestra en el tratamiento hormonal de hombres hipogonádicos. Los estrógenos no parece que tengan que ver con el deseo en sí, sino con la lubricación vaginal. La progesterona podría tener un efecto inhibitor.

1.3 El papel de los neurotransmisores

En relación con los neurotransmisores, la información es aún demasiado fragmentaria para que sobre ella se pueda construir una estructura conceptualmente coherente. Los conocimientos obtenidos en el hombre son bastante congruentes en lo que concierne al papel de las hormonas sexuales en la génesis del deseo; en cambio, todavía son muy fragmentarios en lo que concierne a la localización cerebral de la función sexual y la importancia de las sustancias fabricadas por el sistema nervioso. La experimentación con animales (ablación, estimulación eléctrica, fármacos, etc.) demuestran que los mecanismos de activación están equilibrados por mecanismos de inhibición. El deseo sexual está mantenido por dos tipos de neurotransmisores:

- a) Las indolaminas: la serotonina
- b) Las catecolaminas: dopamina, noradrenalina, adrenalina.

La serotonina es un neurotransmisor implicado en una serie de conductas como por ejemplo el ciclo de vigilia-sueño, que son sumamente vitales para el organismo. Los sistemas catecolaminérgicos del hipotálamo intervienen en la mayoría de los comportamientos de apetencia, incluido el deseo erótico. En resumen podemos concluir que los efectos de los neurotransmisores sobre el comportamiento sexual son los siguientes:

- Existe la hipótesis de que las hormonas testiculares FL, LH influyen sobre el comportamiento sexual mediante la interacción de los neurotransmisores que actúan como mediadores de los impulsos neuronales en los circuitos sexuales. La serotonina actúa como inhibidor y la dopamina como estimulante de los centros sexuales del cerebro.

- Los objetos estimulantes del deseo pondrían en funcionamiento los circuitos sexuales liberando determinadas sustancias que activaran el deseo. Los objetos del deseo en el complejo comportamiento humano están muy sometidos a la experiencia y es muy difícil distinguir entre las bases biológicas y experienciales o, en todo caso, determinar las interacciones entre ambas.

2. Activación del deseo sexual

Singer y Toates (1987) indican que la motivación sexual debe ser entendida como un sistema motivacional que está compuesto por el «estado del organismo», refiriéndose a la activación fisiológica que procede de las bases neuroendocrinas, y por los «incentivos», que son estímulos eróticos tanto exógenos como endógenos (véase figura 4.1) que interactúan permanentemente.

El sistema motivacional constituye el nivel básico del deseo sexual siendo este, el deseo sexual, el resultado de la elaboración psicológica del sistema motivacional.

Los inductores son un conjunto de estímulos con valor erótico reconocidos así por el sistema nervioso central. Estos pueden tener un origen endógeno que se corresponderían con scripts cognitivos en forma de engramas, pensamientos, recuerdos, imágenes, fantasías, o bien un origen exógeno en forma de estimulación visual, olfativa, táctil, auditiva, etc. La presencia de inductores evoca la aparición del deseo sexual, dependiendo de la disposición cognitivo-emocional.

La aparición de la experiencia del deseo sexual surgirá de la interacción entre el sustrato biofisiológico y los inductores (Singer y Toates, 1987) que será experimentada como activación, como ansiedad en su sentido positivo, no en su versión clínica. El modelo de motivación sexual propuesto por los autores citados es coherente con el modelo estructural del deseo sexual propuesto por Levine y expuesto anteriormente. El «impulso» se corresponde con la activación de las bases neurofisiológicas, es decir, con el «estado del organismo». Los inductores eróticos de origen cultural, por tanto aprendidos, corresponderían con el «anhelo», es decir, con las representaciones culturales acerca de lo que convencionalmente es apropiado desear en un contexto social determinado.

La diferencia entre el ser humano y el resto de animales subhumanos estriba en que los seres humanos evolutivamente pasaron por el proceso de telencefalización, es decir, generaron el neocórtex y con él las zonas nobles del cerebro que hacen posible el pensamiento y el lenguaje. Es por ello por lo que el deseo erótico supera el automatismo de la reproducción y se configura en base a símbolos y significados atribuidos a la mera activación fi-

siológica. Es por ello que la experiencia del deseo erótico es esencialmente subjetiva.

Esta activación estará mediatizada por la elaboración psicológica que depende de disposiciones tanto cognitivas, como afectivo-emocionales (véase figura 4.2). Estas, a su vez, se derivan de las experiencias vitales del individuo a lo largo de su biografía desarrollada en contextos determinados. Los conocimientos relacionados con la actitud hacia la sexualidad (erotofobia-erotofilia, sentimientos de culpa sexual), expuestos en el segundo capítulo son aplicables a este nivel de mediación. En el modelo propuesto por Levine se corresponden con «el motivo». Dicho de otro modo, producida la activación del deseo erótico, bien directamente desde el «estado del organismo», bien desde los inductores, debe ser reconocida como activación erótica e integrada en el conjunto de la personalidad. Como dice Levine, debe ser consentida (*willingness*: interés, buena disposición, consentimiento), aceptada, integrada como tal deseo erótico. Ello dependerá de la mediación psicológica producida a través de procesos cognitivos y afectivo emocionales.

Finalmente, el resultado de todo el proceso constituye una experiencia emocional subjetiva (Fuentes, 1995). Es decir, a diferencia de la excitación sexual que provoca respuestas observables y medibles tales como la erección o la lubricación vaginal, el deseo sexual es una experiencia emocional, un «estado».

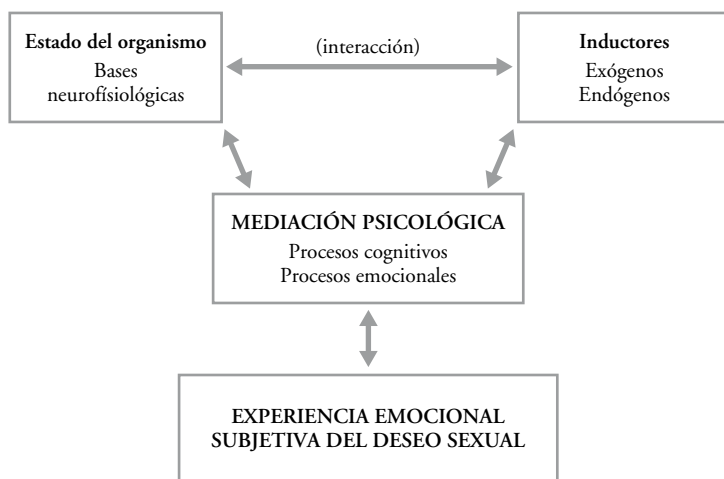


Figura 4.2. Mediación psicológica de la experiencia emocional subjetiva del deseo sexual.

Si el deseo es la manifestación de una carencia, de una necesidad, la activación del deseo erótico generará la tendencia a la búsqueda de satis-

facción erótica que puede canalizarse en varios sentidos: a) puede lograrse dentro del mundo intrapsíquico sobre la base del imaginario erótico; b) puede obtenerse activando comportamientos autoeróticos que se incardinan con el resto del ciclo de respuesta sexual: la excitación y el orgasmo; c) puede activarse en la relación interpersonal provocando la experiencia sexual compartida, cuyo objeto dependerá de la orientación del mismo (hetero, homosexual).

Los niveles «a» y el «b», no superan el espacio íntimo, personal e intransferible. Estas opciones tienen mayor o menor presencia según los momentos evolutivos o las situaciones concretas (por ejemplo, «a» y el «b» se corresponderían con la adolescencia temprana, o con personas adultas sin pareja, en intervalos de separación, asumiendo que el autoerotismo es perfectamente compatible con relaciones sexuales compartidas). El nivel c) se correspondería con la segunda parte de la adolescencia y el inicio de la juventud y estaría mediatizado por otros desarrollos, entre ellos el afectivo-social³.

La intensidad de la activación depende de la constitución biológica y variables psicológicas de personalidad. En este sentido, los estudios de Eysenck indican que las personas extravertidas disponen de una menor excitabilidad cortical por lo que necesitan activaciones más fuertes, por ello tienden a buscar experiencias intensas y variadas. El patrón de los introvertidos es inverso (Eysenck, 1976). El deseo sexual fluctúa en frecuencia e intensidad (Levine, 1984; Schnarch, 1991). Existen pocos trabajos que hayan estudiado las variaciones de intensidad del deseo sexual y cuáles son los estímulos o las situaciones estimulares de que depende. Sin embargo, el campo de la literatura clínica respecto a los trastornos sexuales describe dificultades respecto a la intensidad tanto por exceso como por defecto, siendo el deseo sexual inhibido uno de los temas más estudiados. La intensidad de la activación puede estar mediada por otras motivaciones ajenas a la propia satisfacción del deseo erótico.

En este sentido, determinadas alteraciones en el desarrollo personal podrían activar intensamente el deseo como un desplazamiento de determinadas carencias (véase el deseo sexual hiperactivo o el sexo como adicción) o, al contrario, podría ser activamente inhibido. Tanto la intensidad,

³ El deseo sexual impulsa al individuo al contacto con otra persona. La proximidad psicológica activa los modelos internos que regulan las relaciones de intimidad. Por ello es de gran interés estudiar la relación entre el deseo sexual y la vinculación afectiva y sus interacciones. Esta cuestión ha sido desarrollada por el autor en la monografía: Gómez-Zapiain, J. (2009) *Apego y Sexualidad. Entre el vínculo afectivo y el deseo sexual*. Madrid: Alianza Editorial. Una síntesis de esta obra se desarrolla en el capítulo 5.

como las fuentes que la provocan, forman parte de la configuración del deseo sexual.

3. Configuración del deseo erótico

En general, se puede decir que existen pocos estudios que aporten luz sobre la configuración del deseo sexual a lo largo del ciclo vital. La mayor parte de los trabajos se ciñen al estudio de la descripción de los comportamientos sexuales y no tanto acerca de la motivación que los provoca: el deseo erótico.

Es por ello por lo que en este punto pretendo profundizar en el deseo erótico y su configuración como antecedente fundamental de los comportamientos sexuales. Solo la comprensión del origen del deseo erótico, su integración en el conjunto de la personalidad y su configuración, nos permitirá comprender la dinámica de los comportamientos sexuales a lo largo de las edades. Veamos a continuación algunos elementos que intervienen en la configuración del deseo erótico

En su libro *El cerebro sexual*, LeVay (1993) subraya la inmensa variedad de estímulos que son capaces de provocar una respuesta erótica. Es para él un misterio entender cuál es el origen de semejante diversidad. Las características individuales del deseo son ricas y diversas en el plano de lo que podemos considerar adecuado. Si analizamos el terreno de las alteraciones como las parafilias u otro tipo de trastornos del deseo erótico, nos podemos sorprender en mayor medida. Este es precisamente un campo de interés para la Psicología de la sexualidad: el modo en que el deseo se configura.

A modo de ejemplo, imaginemos una persona que acude a la consulta de un psicólogo planteando un determinado problema sexual. Esta persona afirma que hay un tipo de fantasías eróticas que le activan particularmente y que en ocasiones interfieren en las relaciones sexuales compartidas con su pareja. Sería de gran interés para el psicólogo poder tener una imagen, a modo de ecografía o de resonancia magnética, de la configuración del deseo erótico actual de esa persona. Como la anamnesis es uno de los instrumentos principales del psicólogo, es a través de esta el modo en que podríamos hacer no solo el análisis de la configuración del deseo actual, sino de la historia en que este se configuró.

Siendo el deseo erótico una emoción compleja, su configuración dependerá de la interacción entre la programación genética hacia la búsqueda del placer, el contexto sociocultural donde el individuo se desarrolle y las experiencias vitales que procese a lo largo de su vida.

El análisis de la historia psicosexual ofrece la posibilidad de comprender cómo se incardinan las disposiciones innatas hacia la satisfacción sexual, con su integración psicológica sobre la base de procesos afectivos, cognitivos y comportamentales. Trataremos de explicarlo de otra manera. En primer lugar, las disposiciones innatas que se sustentan en las bases biofisiológicas de la motivación sexual producen sensaciones internas corporales y capacidad de respuesta, en principio no aprendidas⁴, hacia estímulos potencialmente eróticos. Se corresponde con el «impulso» en el modelo de Levine, propuesto anteriormente y podríamos considerarlo como un primer nivel de configuración.

En segundo lugar, el contexto es portador de contenidos culturales que regulan la expresión de la motivación sexual y los comportamientos asociados. Estos contenidos varían a lo largo de un amplio rango entre la permisividad y la intransigencia, propias de una sociedad plural. Se corresponde con el «anhelo» del modelo de Levine. A la interacción entre las disposiciones innatas y el contexto cultural podríamos considerarlo como un segundo nivel de configuración.

La configuración del deseo sexual puede ser armónica cuando es posible el reconocimiento y la aceptación positiva de los efectos que produce la motivación sexual en un contexto favorable que comprenda el significado de la dimensión sexual humana, o bien, puede ser escindida si impide o coarta la integración de aquella en el conjunto de la personalidad. Recordemos que la actitud hacia la sexualidad, en términos de erotofobia-erotofilia, ha sido propuesta como un rasgo estable de personalidad. Ello se corresponde con el «motivo» según Levine. De ahí que la historia personal sea fundamental en la aproximación a la comprensión de la configuración del deseo. El análisis de las primeras sensaciones sexuales, de los juegos eróticos, de las fantasías, de las primeras experiencias autoeróticas y heteroeróticas, de la manera en que se orienta el deseo, etc., así como la evolución de la experiencia íntima del deseo relación con la percepción del contexto, resulta esencial. Este recorrido histórico por los elementos que contribuyen a la configuración del deseo se corresponde con un análisis diacrónico de la historia psicosexual.

Cuando se analiza la configuración del deseo de cualquier persona en el momento actual, esa imagen a la que aludíamos, se está realizando un análisis sincrónico. Por ejemplo, analicemos este caso: una pareja que acude a la consulta. El motivo de esta fue que el hombre habitualmente no sentía deseos de mantener relaciones sexuales con su pareja. Nos equivocáramos si pensáramos precipitadamente en un trastorno de inhibición del deseo se-

⁴ Posteriormente, una parte importante de la atribución de valor erótico a determinados estímulos es cultural y por tanto aprendida.

xual. Lo que procedería sería tratar de averiguar cómo es la configuración del deseo de ese miembro de la pareja. Cuando analicé la configuración del deseo de esta persona, encontré, en efecto, una intensa inhibición del deseo hacia su pareja. Sin embargo, también encontré gran volumen de fantasías eróticas que mostraban una evidente activación del deseo en ese contexto fantaseado. Al analizar los contenidos de las fantasías, hallé que estas se ceñían a un tipo de mujer muy joven, prácticamente adolescente. La intensidad del deseo era bastante alta. Este se canalizaba hacia la masturbación y en alguna relación esporádica con mujeres similares al objeto de su fantasía. La historia mostró que esta persona siendo adolescente había sufrido por su imagen corporal: era bastante gordo. Fue bastante dependiente e inseguro. Se sintió como el bufón del grupo, el centro de todas las chanzas, «[...] el felpudo donde todos limpiaban sus pies» (expresión suya). En aquellos momentos, catorce años, sentía intensos deseos eróticos, y se enamoró perdidamente de una chica que le resultaba inalcanzable. En la elaboración de la historia recordó el sufrimiento profundo de aquella época, de sensación de aislamiento, el vacío familiar, el rechazo y la soledad. Por otro lado, recordó la intensidad de sus deseos eróticos que los canalizaba masturbándose, en algunos momentos compulsivamente, con la imagen de las chicas adolescentes de su edad.

Este ejemplo sirve para comprender cómo determinadas experiencias vitales influyen en la configuración del deseo actual. En este caso, las fantasías con mujeres adolescentes son el resultado de una fijación que se produjo en la adolescencia de la persona citada, por algo que no pudo resolver adecuadamente en su momento, y que configuró su deseo sexual de modo permanente llegando sus efectos hasta la actualidad.

El análisis sincrónico permite comprender la configuración actual del deseo que, como es obvio, es el resultado de la configuración diacrónica. El deseo sexual se proyecta hacia la búsqueda de su satisfacción en una pareja, entendida esta como la persona con quien se comparte la experiencia erótica. En el caso de las parejas estables se debe tener en cuenta que el deseo no se agota necesariamente en el objeto. La configuración del deseo sexual nos permite observar tanto las características como la amplitud del mismo.

Considerada la satisfacción del deseo erótico, en toda su expresión, como una necesidad básica, esta se articula con otras, no menos importantes, entre ellas la vinculación afectiva⁵. Por tanto, en función de una jerarquía personal de valores, el deseo sexual debe ser adaptado a las situaciones concretas. Ello implica la necesidad de regulación del mismo. La adaptación positiva del deseo supone el reconocimiento de todas sus manifestaciones, tanto en

⁵ La relación entre la experiencia erótica y la vinculación afectiva se desarrolla en el capítulo dedicado a los afectos y la sexualidad.

el plano del comportamiento real, como en el de la fantasía. Esta puede ser una fuente de enriquecimiento potenciadora de la experiencia, o bien, un factor distorsionador de todo el proceso. La integración y adaptación positiva del deseo sexual exige capacidad de autorregulación.

La comprensión de la configuración del deseo erótico, tanto desde el nivel diacrónico como sincrónico, permite agrupar u ordenar una serie de elementos que la explican y que pueden ser muy útiles en la intervención clínica y en la educación sexual, entendidas estas como modos de promover la salud sexual.

Veamos algunos de los factores que intervienen en la configuración del deseo (véase figura 4.3). Partimos, como ya hemos indicado en puntos anteriores de las bases neurofisiológicas que son el sustrato biológico de la programación genética hacia la búsqueda del placer erótico y no insistiremos en ello.

La activación erótica y el cúmulo de sensaciones eróticas son procesados y experimentados en base a comportamientos simples y elementales como la exploración corporal, el contacto físico y conductas autoeróticas que tienen como referencias el contexto cultural que regula tanto la expresión de los sentimientos eróticos como los comportamientos explícitos en función de los significados que los grupos culturales de referencia asignen.

La configuración del deseo erótico se alimentará de la calidad de la experiencia sexual infantil. En esta etapa la seguridad básica y la calidad de la experiencia de la intimidad con las figuras de apego en base a modelos positivos de relación íntima, sensible y confiada, contribuirán en el futuro a integrar la emoción erótica en el conjunto de emociones. Como es sabido, la seguridad básica contribuye a la capacidad de regulación emocional. No olvidemos que el deseo erótico es una emoción.

No podemos decir, sin embargo, que exista en los niños *deseo sexual* tal y como lo entendemos desde una perspectiva adulta. Aunque no haya muchos datos sobre el comportamiento sexual de ellos podemos decir que dadas las características psicológicas infantiles, estos tienen una experiencia sexual egocéntrica y autoerótica, como corresponde al momento evolutivo. Los estímulos eróticos como activadores del deseo no tienen significado en ellos. No debe confundirse el interés y la curiosidad por el descubrimiento del propio cuerpo y el de los demás, ni la búsqueda de contacto físico, como manifestaciones del deseo sexual. En estas edades es más propio hablar de una dimensión sexual-afectivo-social (López y Fuertes, 1989) más bien difusa y sin perfilar.

El reconocimiento por parte de los adultos de la importancia de las manifestaciones sexuales infantiles y el respeto a las mismas contribuirán a la configuración óptima del deseo erótico. Ello debe desarrollarse en un entorno positivo, respetuoso y protector. Una obligación fundamental de los

adultos consiste en proteger la biografía infantil de ataques y atentados contra el devenir natural del desarrollo psicosexual. En esta etapa evolutiva cualquier experiencia de violencia o abuso sexual infligido a una niña o niño, puede dañar gravemente la configuración del deseo erótico.

Ya en la primera parte de la adolescencia la motivación sexual experimenta un cambio cualitativo importante respecto a la infancia. La motivación sexual, el deseo erótico se va proyectando progresivamente hacia la satisfacción en objetos eróticos.

La pubertad es el momento evolutivo en el que se inicia el tránsito hacia la adultez. Entre los cambios biológicos típicos de esta etapa, es preciso subrayar la aparición del erotismo puberal. Como efecto de los cambios neuro-hormonales se incrementa notablemente el nivel de testosterona en el caudal sanguíneo, tanto en mujeres como hombres. Esta hormona es responsable de activación del deseo erótico. En la pubertad se inicia su organización de modo adulto. De ahí su importancia en su configuración.

En el inicio de la adolescencia, como efecto de los cambios hormonales, aumentan en los chicos la motivación sexual en forma de fantasías eróticas y excitación espontánea, y de comportamientos explícitos como la masturbación, las eyaculaciones nocturnas involuntarias y la frecuencia de relaciones compartidas a distintos niveles. En las chicas los efectos de la testosterona inciden en el aumento de su motivación sexual expresada en fantasías y masturbación pero no en el aumento de relaciones compartidas (Udry, Talbert y Morris, 1986). Las diferencias de género en cuanto a la expresión del deseo sexual podrían ser explicadas como efecto de las pautas diferenciales en la educación de los y las adolescentes.

Desde el punto de vista biosocial, los cambios hormonales tempranos en la adolescencia tienen una influencia directa en el interés y la motivación sexuales, e indirecta a través de los efectos de los cambios en la apariencia física y la atracción erótica de los demás (Smith, 1989). Los procesos sociales se contemplan como facilitadores o inhibidores de la implicación en aspectos eróticos. El reconocimiento de estas primeras emociones eróticas y su integración en el conjunto de la propia identidad contribuyen a una configuración adecuada.

En estos momentos el deseo sexual se manifiesta con intensidad, en tanto que impulso. Aparece poco a poco y de manera consciente, dirigido a otras personas. Aparecen las primeras imágenes plenamente percibidas como estímulos eróticos que se integrarán el imaginario erótico. El deseo sexual se orienta (Money y Ehrhardt, 1972). Posteriormente tendrán lugar experiencias sexuales, primero autoeróticas, luego compartidas. El impulso sexual es la base energética del deseo sexual, su configuración dependerá de los antecedentes infantiles, de variables psicológicas y del contexto social en el que se desarrolla la socialización de la sexualidad.

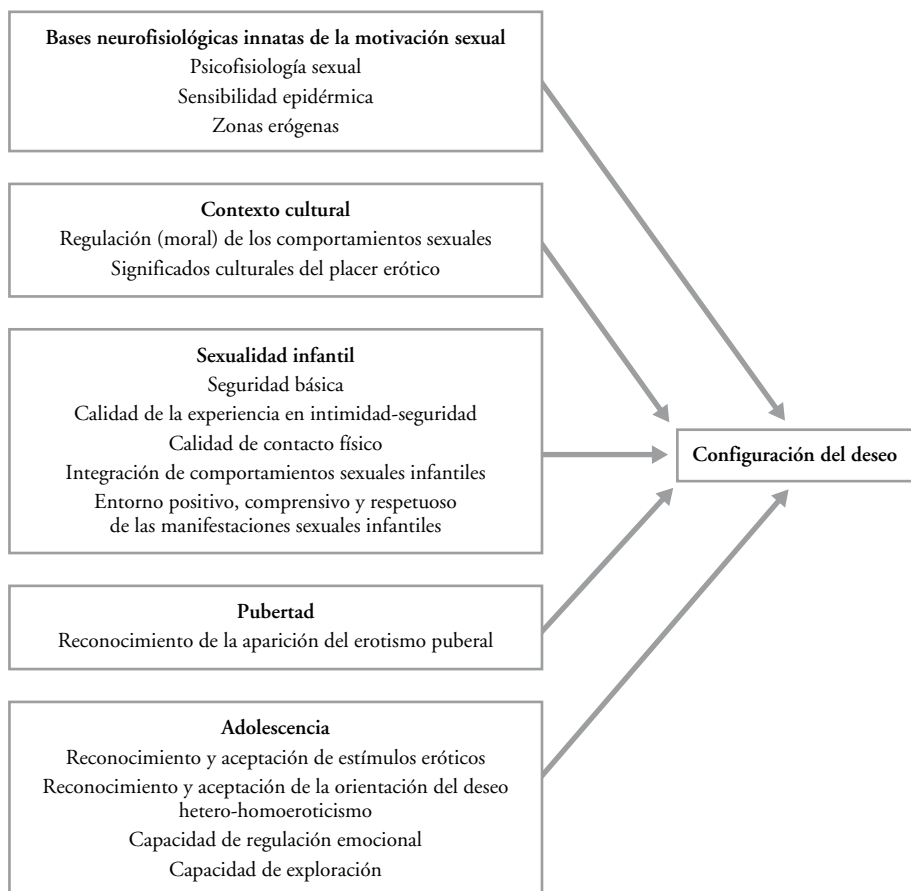


Figura 4.3. Configuración del deseo sexual.

En este momento evolutivo, el deseo erótico se orienta, o cuando menos se toma conciencia de su orientación. John Money (1972, 1986) afirmó que las fantasías eróticas aparecen orientadas en momentos prepuberales y que estas preceden a cualquier comportamiento explícito autoerótico o compartido. El deseo erótico puede orientarse en sentido heteroerótico u homoerótico. En realidad se trata de dos dimensiones que pueden estar presentes en cualquiera de los dos sexos, en distintas proporciones. La preferencia por una u otra orientación forma parte de la configuración del deseo sexual. Las dificultades que el ambiente de socialización pueda interponer para el reconocimiento e integración de la orientación del deseo erótico pueden alterar la configuración del deseo⁶.

⁶ La orientación del deseo erótico se expondrá en este mismo capítulo.

La configuración del deseo se caracteriza por el tipo de estímulos eróticos a los que cada individuo responde. Existen disposiciones comportamentales preprogramadas genéticamente para responder eróticamente a determinados estímulos y que podemos considerar como universales. El cuerpo desnudo, determinadas partes del cuerpo, determinados movimientos, determinadas expresiones, etcétera.

La etología aporta un volumen considerable de datos sobre los comportamientos de cortejo entre animales, muchos de los cuales sin duda heredamos (Fisher, 1992). Sin embargo, el desarrollo personal en términos psicológicos determina las diferencias individuales de respuesta en función de diferencias perceptuales.

Por ejemplo, encontraríamos personas sensibles a este tipo de estimulación de pronta respuesta y vivencia agradable de sus efectos, frente a otras que podrían no percibir tales estímulos como eróticos, y llegar a transformar la activación de origen sexual en una forma indeterminada de ansiedad. También encontramos que, por diversas razones, estímulos en principio neutros adquieren valencia erótica. Tal proceso enriquece el caudal de estimulación erótica, aunque en algunas situaciones este se puede pervertir, cuando estímulos inadecuados la adquieren, tal es el caso de algunas formas de parafilia, por ejemplo, la paidofilia.

En definitiva, cada persona dispone de un repertorio personal de respuestas a estímulos con valor erótico que son específicas de sí misma, aunque pueden ser similares a los de los demás. En este sentido, la configuración del deseo, en cuanto a la cualidad del valor erótico de los diversos estímulos, es claramente diferente entre los sexos, o entre las diferentes formas de orientación del deseo erótico. En este sentido existen diferencias evidentes en los contenidos eróticos entre mujeres y hombres, así como entre homo y heterosexuales. Los estímulos con valor erótico se representan en imágenes y representaciones mentales cuyo conjunto constituye el imaginario erótico.

El deseo sexual no es una dimensión que opera en el vacío, sino que se integra adecuada o inadecuadamente en el conjunto de la personalidad. Es por esto que diversos autores lo relacionan con la identidad de género (MONEY y Ehrhardt, 1972; Czyba, Cosnier, Girod, Laurent, 1978).

Los contenidos del deseo sexual forman parte de la identidad de género entendida esta como la conciencia que uno tiene de ser masculino, femenino, andrógino, o indiferenciado (Bem, 1975). El deseo sexual nunca alcanza una independencia psicológica de estas dimensiones. Según el momento de desarrollo de la identidad de género, la experiencia del deseo o refuerza el sentido del género o entra en conflicto y lo confunde (Levine, 1988). Un ejemplo en este sentido lo podemos obtener de la orientación del deseo erótico. La heterosexualidad es la forma «correcta» o «autorizada» de expre-

sión sexual, mientras que la homosexualidad, en el mejor de los casos, se tolera (permítasenos la generalización)⁷.

Un o una adolescente, con una clara orientación homosexual, tendrá dificultades para integrar adecuadamente su deseo homoerótico en el conjunto de su propia identidad sexual, puesto que los contenidos de este no son congruentes con el discurso social de referencia respecto a lo que se espera de él o de ella como hombre o mujer. La persona adolescente en esa situación podría perpetuar el conflicto entre su deseo erótico y los requerimientos sociales respecto a los contenidos de la identidad de género. Para evitarlo habrá de hacer un mayor esfuerzo psicológico integrando en el desarrollo de su identidad, globalmente considerada, la aceptación de que una de las características que la definen es el hecho de tener una orientación homoerótica más o menos exclusiva (Soriano, 1995, 1996).

4. El deseo erótico desde la perspectiva de las emociones

La mayor parte de los autores que han estudiado las emociones consideran que estas incluyen tres componentes: uno neurológico-bioquímico, otro motor o conductual y otro subjetivo experiencial (Reeve, 1992). Por otro lado en la emoción habría que distinguir tres aspectos: una reacción emocional fisiológica, un comportamiento emocional y la vivencia subjetiva correspondiente. Por reacción emocional fisiológica se entienden los cambios fisiológicos que son provocados o atribuibles a estímulos emocionales, que un estímulo se puede considerar como emocional cuando normalmente provoca la vivencia de una emoción y/o un comportamiento emocional, y que el comportamiento emocional designa los diversos modos de comportamiento que surgen como reacción a estímulos emocionales. La vivencia subjetiva hace referencia a experiencias subjetivas o «modos de encontrarse», que son designados como «emoción» por el propio sujeto (Etxebarria, 1996).

En este punto se presenta el deseo erótico como una emoción no básica como defenderían los neodarwinistas, sino como una emoción compleja tal y como se plantearía desde el construccionismo social. El conocimiento de las emociones y de la regulación emocional permite una mayor comprensión de la dinámica del deseo erótico.

⁷ A pesar de que se están dando avances muy importantes en la consideración social de la homosexualidad, la homofobia sigue siendo considerable. Confrontar con el capítulo 2, dedicado a las actitudes.

El deseo sexual se ajusta al concepto de emoción por las siguientes razones:

1. El deseo sexual se sustenta en el sustrato biofisiológico que está constituido por lo que algunos autores han denominado el sistema sexual (Bowlby, 1969; LeVay, 1993; Bleichmar, 2003), compuesto por elementos anatómicos, fisiológicos y neuroendocrinos. Desde un punto de vista etológico, las bases neurofisiológicas alimentan una serie de predisposiciones comportamentales de respuesta hacia algunos estímulos provistos de significado erótico propios de la especie. El sistema genera un estado de activación fisiológica específica, un «estado del organismo» en la terminología de Singer y Toates (1987), que fluctúa en intensidad y frecuencia.
2. El deseo sexual está conformado por contenidos cognitivos, tal y como queda de manifiesto en las principales aproximaciones conceptuales que se han analizado. La configuración de estos contenidos es el resultado del procesamiento de la información que se produce desde los inicios de la vida de las personas. La información procesada genera estructuras de conocimiento construidas en forma de *scripts* tanto de contenidos, como de acción (Simon y Gagnon, 1987).

El deseo sexual puede ser considerado como una emoción, puesto que cumple con los elementos considerados anteriormente: a) una reacción emocional fisiológica que son las modificaciones fisiológicas, que se pueden atribuir, o que son provocadas por un estímulo emocional; b) un comportamiento emocional, que se refiere a las diferentes formas de comportamiento que surgen como reacción a estímulos emocionales (expresión gestual, postural, etc.); c) una vivencia emocional subjetiva o «modo de encontrarse» en la experiencia, que es definida como «emoción» por el propio sujeto.

Fundamentalmente, el deseo sexual se percibe como una experiencia emocional subjetiva (Fuertes, 1995) que puede generar diversas reacciones, dependiendo estas de variables como la estructura de personalidad, las actitudes, etc. Se debe señalar que la experiencia subjetiva del deseo erótico es, antes que nada, una experiencia íntima, personal, y en algún sentido intransferible. Como indican los autores que se han preocupado por los aspectos conceptuales, debe ser vivida armónicamente como un estado agradable, de bienestar, que implica la predisposición a buscar satisfacción erótica, aunque no necesariamente se activen comportamientos explícitos.

Sería excesivamente simplista reducir el deseo sexual a una mera relación entre una reacción fisiológica y una evaluación cognitiva. Sin duda se trata de estructuras y relaciones más complejas, la complejidad misma de la experiencia emocional humana. Sin embargo, podemos hacer algunas

aproximaciones. El deseo sexual, en tanto que emoción, puede suscitarse como una respuesta a un tipo de estimulación tanto interna como externa (Singer y Toates, 1987) que produce una activación fisiológica, siendo esta interpretada en función de parámetros culturales. El resultado es la experiencia emocional subjetiva que cumple con las características de toda emoción: un inicio rápido, una duración más bien breve, aparición espontánea, evaluación automática y coherencia entre las respuestas, todo lo cual implica un nivel de motivación necesario para afrontar las situaciones correspondientes con la emoción (Etxebarria, 2002).

Cuando identificamos al deseo sexual como una emoción, nos referimos a la experiencia que implica la activación del deseo, ese estado especial que hace sentirse sensibilizado y receptivo a la estimulación erótica, a la aparición de fantasías eróticas y que tiende a buscar satisfacción sexual. Nos referimos a ese estado y no a una mera elaboración cognitiva del deseo, es decir, una persona podría desear tener relaciones sexuales porque eso forma parte de su identidad de género, porque es propio de su momento, o porque es una experiencia humana necesaria. Como vemos, se trata de una fría valoración cognitiva de la misma manera que alguien puede desear tener una casa, cambiar de coche, o ganar más dinero. Indudablemente, la experiencia emocional del deseo es una experiencia íntima y subjetiva. No es una experiencia generalizable. Las diferencias individuales marcan la cualidad de la misma, aunque puede haber similitudes en cuanto al género, a ámbitos culturales, a estratos generacionales, etcétera.

El deseo sexual no debe ser confundido con la excitación sexual. Constituye una activación neurofisiológica independiente de la excitación sexual, sin embargo interactúan entre ellas y se influyen mutuamente por lo que en ocasiones se confunden. Digamos que son dos formas diferentes de activación que, en condiciones normales, actúan sinérgicamente (Gómez Zapiain, 1995).

Es preciso aislar el deseo sexual como emoción, con fines didácticos, puesto que la experiencia erótica es amplia y compleja, siendo una de las dimensiones humanas que más estados emocionales concita. Por ello, debemos deslindar el estado emocional que supone el deseo sexual de otros estados emocionales como la atracción, el enamoramiento, el miedo, la culpa, u otros.

5. Principales aportaciones desde las teorías de las emociones

Charles Darwin, en su obra *La expresión de los emociones en los animales y en el hombre* (1872), afirmó que la expresión de las emociones es univer-

sal e innata y han sido seleccionadas para transmitir mensajes útiles para el establecimiento y regulación de la comunicación interespecífica y la supervivencia de los individuos. Esta corriente, representada en la actualidad por los *neodarwinistas*, se ha preocupado por las funciones que cumplen las emociones. Estas son reacciones ante eventos significativos relacionados con la supervivencia. Así, emociones básicas como el miedo, la ira, la alegría, la tristeza, la sorpresa o el desagrado, son reacciones que han colaborado decisivamente en la adaptación al medio. De esta forma las emociones básicas se han ido incluyendo en el código genético de las especies llegando a ser reacciones preprogramadas, por tanto innatas y universales. En la actualidad, autores inscritos en esta corriente centran su atención investigadora en la función adaptativa de las emociones, tanto en el ambiente físico, como en el social.

Otra de las aportaciones que de esta corriente debemos destacar es el haber propuesto una cierta «lógica natural de las emociones» en el sentido de que cierto tipo de eventos provocan cierto tipo de reacciones emocionales y estas a su vez provocan cierto tipo de comportamientos, todos ellos relacionados con la adaptación al medio. Esta lógica está presente incluso en situaciones humanas paradójicas. ¿Cómo aceptar que pueda existir una lógica interna en una situación de ira o miedo ante un homosexual, un drogadicto o un magrebí? La emoción básica, la ira o el miedo, surge de forma programada como una reacción supervivencial ante la percepción de riesgo; sin embargo, el que un homosexual, un drogadicto o un magrebí sean percibidos como una amenaza depende sobre todo de una construcción social, por lo tanto, incluso en las situaciones más paradójicas o complejas, existe esta lógica emocional.

Refiriéndonos al deseo sexual, y desde esta perspectiva, este surgiría como reacción emocional de aproximación y búsqueda de placer erótico, como una reacción espontánea y natural. Esta reacción surgiría a través de los mecanismos neurofisiológicos que filogenéticamente se han ido acumulando, modulados por la valoración cognitiva de la significación de los eventos y las situaciones, en función de un contexto cultural determinado. Posteriormente volveremos sobre la importancia de la modulación cultural de las emociones.

La aportación neodarwinista tiene un indudable interés. En primer lugar debemos considerar que en el origen, y desde un punto de vista sociobiológico, el deseo sexual tiene un evidente valor adaptativo. El deseo entre los dos sexos hace posible la fecundación, con ella la transmisión genética, la selección natural y con ella finalmente la adaptación y supervivencia de la especie. Desde este punto de vista la atracción sexual puede ser considerada como un evento significativo en la adaptación de las especies que optaron por la reproducción sexual.

Del mismo modo que ante la presencia de un depredador (siendo este un evento significativo para la supervivencia, un estímulo emocional) surge, percibida la amenaza, una reacción emocional que provoca el comportamiento de ataque o huida, podríamos considerar que, ante una situación que comporte un grado determinado de estimulación erótica, provoque una reacción emocional que, a su vez, motive comportamientos de búsqueda y logro de una experiencia erótica.

No puedo dejar de citar en este contexto el trabajo de D. M. Buss titulado «La evolución del deseo». Sin duda se trata de uno de los máximos representantes de la sociobiología aplicada a la comprensión del deseo en los seres humanos. Este autor no se centra específicamente en la experiencia del deseo erótico de modo específico, sino más bien en los motivos de emparejamiento entre los seres humanos. ¿Por qué se atraen las personas? ¿Qué buscan las mujeres? ¿Qué buscan los hombres? ¿Cuáles son las estrategias de emparejamiento? ¿Cuál es su origen? ¿Qué función desarrollan?

Como sabemos, la principal afirmación que subyace a estos planteamientos sociobiológicos, que podemos integrar en el grupo de los neodarwinistas, es que todo sistema de comportamiento que perdura y se transmite genéticamente a través de las generaciones, lo hace porque desarrolla una función que es esencial para el mantenimiento de la especie. Por ello las personas se emparejan y activan el deseo erótico en función de programas adquiridos y grabados por la especie a lo largo de la evolución y que se expresan en la actualidad (Buss, 1994).

A partir de este planteamiento surgen dudas, que no son otras que las que encontramos en el debate en torno a las emociones y que trataremos de ir aclarando. En el caso de que aceptemos que el deseo sexual sea una emoción básica por su importancia adaptativa, ¿qué peso puede tener en la experiencia humana? ¿Hasta qué punto la cultura, el discurso social, ha sido capaz de trastocar, de «construir», reacciones emocionales, siendo así que las programaciones innatas queden muy diluidas, aun aceptando su posible influencia? ¿Qué relación existe entre la activación fisiológica propia del deseo sexual y las valoraciones, los contenidos y los esquemas cognitivos? Comenzaremos con la última cuestión planteada.

Un debate clásico en el estudio de las emociones se centra en la siguiente cuestión: ¿es posible la emoción sin que se produzca la cognición? ¿Es necesaria la cognición para que se produzca la activación fisiológica, la emoción?

La polémica entre el papel que juega la activación fisiológica y la cognición ha estado presente desde el inicio del estudio científico de las emociones hasta nuestros días. James ya en 1884 planteaba que la emoción es tan solo la percepción de la activación psicológica. Posteriormente, la teoría conocida como Cannon-Bard abrió la puerta a la consideración de que el

pensamiento, la cognición, también interviene en la génesis de las emociones. Esta aportación abrió la puerta a la corriente cognitivista que minimiza la influencia de la fisiología en función de la cognición. Para esta corriente la cognición es una condición necesaria en la emoción. Tendríamos que citar a autores como Arnold (1960), que utilizó por primera vez la noción de *appraisal*, quien considera que las emociones surgen de una evaluación de los eventos, Schachter y Singer (1962) quienes mantuvieron que un aumento generalizado y difuso de la activación interna del organismo interactúa con la actividad cognitiva dando lugar a la experiencia emocional, o a Mandler (1975), quien mantuvo que la activación puede ser generada por la propia actividad cognitiva.

La consideración del deseo sexual como una emoción entra perfectamente en esta polémica: ¿La percepción de los cambios fisiológicos producidos por la activación del deseo sexual constituye la experiencia emocional subjetiva del deseo sexual, o es la valoración del contexto, el significado tanto personal como social de la experiencia erótica y la percepción de estímulos tanto exógenos como endógenos, la que lo produce?

En este sentido, es bien conocida la polémica entre Lazarus y Zajonc respecto a la relación entre activación-cognición. No obstante, citaremos a Leventhal y Scherer (1987), quienes desarrollan una aportación de gran interés en el intento de clarificar la cuestión y que sintetizan ambas posturas.

Ellos, en realidad, aprecian los argumentos de ambos enfoques. Para estos autores, los mecanismos que subyacen en la emoción serían parcialmente independientes y separables de los que subyacen en la cognición, tal y como sugiere Zajonc, al mismo tiempo que las reacciones cognitivas y emocionales estarían interrelacionadas de forma compleja en prácticamente todos los episodios de conducta emocional, tal y como sugiere Lazarus.

La teoría de Leventhal y Scherer se basa en el modelo motórico-perceptual de Leventhal y en la idea de los chequeos de evaluación de estímulos de Scherer. Este modelo afirma que las emociones adultas son reacciones conductuales complejas que reflejan la actividad constructiva de un sistema de procesamiento jerárquico, de múltiples componentes, cuyos niveles y componentes se hallan todos ellos implicados en prácticamente todas las experiencias y reacciones emocionales. El modelo plantea que los componentes que procesan la emoción se hallan organizados en tres niveles: sensoriomotor, esquemático y conceptual. Nos apoyaremos en la revisión efectuada por Etxebarria (1996) para describirlos:

El nivel de procesamiento sensoriomotor referencia a la programación genética que contiene una serie de programas expresivo-motóricos innatos y sistemas de activación cerebral que se estimulan automáticamente. Desde este punto de vista, este nivel recoge perfectamente las aportaciones neodarwinistas en el sentido del carácter adaptativo de las emociones y su con-

figuración filogenética. Recoge también los postulados de Zajonc, en cuanto que en este nivel probablemente no es necesaria la intervención del proceso cognitivo en la medida en que no se produce un procesamiento y elaboración de información. En la complejidad del deseo sexual no dudamos de que en algunas situaciones o en algunos momentos se produzca una activación automática sin intervención de la cognición. Los elementos que caracterizan a este nivel son:

- a) Programas expresivo-motóricos.
- b) Sistemas de activación cerebral que se estimulan automáticamente.
- c) No es necesaria la cognición.
- d) Carácter adaptativo de las emociones y su configuración filogenética.

El nivel de procesamiento esquemático integra los procesos sensorio-motóricos con prototipos o esquemas —recuerdos de experiencias emocionales pasadas— generalizados a partir de diversas situaciones, los cuales varían con el tiempo. El procesamiento esquemático, como el anterior, es también automático. Las experiencias emocionales tempranas evocan estructuras esquemáticas, surgiendo automáticamente tales esquemas ante estímulos emocionales a lo largo de la vida, que tanto Lazarus como Zajonc considerarían cognición. Sin embargo, tal y como plantea Zajonc, los mecanismos subyacentes en el nivel anterior se mantendrán parcialmente independientes de los procesos asociativos implicados en la formación de esquemas o pueden continuar provocando reacciones emocionales basadas en la mera percepción.

Este nivel puede explicar las diversas reacciones ante estimulaciones eróticas que podrían suscitar el deseo erótico. Por ejemplo, ante un cuerpo desnudo, el proceso de socialización podría producir asociaciones y generar esquemas en el siguiente sentido: a) podría evocar, como una reacción automática propia de este nivel, una experiencia emocional subjetiva de deseo sexual, es decir, un estado emocional de deseo, de apetencia, que se expresaría a través de una intensa atención en el cuerpo, seguimiento con la mirada, estado de atracción, deseo difuso de proximidad y de contacto, al tiempo que se activan otras posibles emociones positivas; b) o bien, podría inhibir la respuesta emocional del deseo sexual y activar otras, como el miedo, la vergüenza, la culpa. Esto ocurriría por la asociación de negatividad, dicho de una manera genérica, al afloramiento del deseo sexual como emoción. En este nivel aparece un grado de elaboración cognitiva que ocurre en un momento dado, y que cristaliza en forma de esquemas que permiten el automatismo y la rapidez de la reacción. Los elementos que caracterizan a este nivel son:

- a) Integra el proceso senso-motor, como prototipos o esquema.
- b) El procesamiento esquemático es también automático.

- c) Las experiencias emocionales tempranas evocan estructuras esquemáticas.
- d) Surgen automáticamente tales esquemas ante estímulos emocionales.

El nivel de procesamiento conceptual se alcanza cuando a través del desarrollo se va adquiriendo progresivamente la capacidad de reflexionar sobre el ambiente y sus propias reacciones emocionales, lo cual constituye un nivel superior de procesamiento. Desde este nivel los individuos valoran, dan significado, estiman las situaciones apropiadas, las personas adecuadas, lo correcto o incorrecto de las expresiones, respecto al deseo sexual. No cabe duda de que este nivel hace posible su autorregulación y la adecuación a las diversas situaciones. También es cierto que los contenidos conceptuales provienen del discurso social en gran medida, siendo este, como subrayarán los autores pertenecientes al constructivismo social, quien lo mediatice y lo ajuste a los valores establecidos. Los elementos que caracterizan a este nivel son:

- a) El desarrollo provee progresivamente de la capacidad de reflexionar sobre el ambiente y sus propias reacciones emocionales, lo cual supone un nivel superior de procesamiento.
- b) Los individuos valoran, dan significado, estiman las situaciones apropiadas, lo correcto y lo incorrecto de las expresiones.
- c) Este nivel hace posible su autorregulación.
- d) Conjunto de normas y valores con los que las personas regulan su propia experiencia del deseo.

El modelo de Leventhal y Scherer tiene un enorme interés respecto a la comprensión del deseo sexual como una emoción. En primer lugar este surge a través de una programación innata, lo que autores como Singer y Toates (1987), denominan el «estado del organismo», tal y como se ha descrito en el punto anterior, refiriéndose a las bases neuroendocrinas que lo regulan. Estas varían en frecuencia e intensidad, sensibilizan la percepción hacia estímulos eróticos y motivan la búsqueda del contacto físico y la satisfacción sexual, probablemente en todas las edades. Se trata del nivel sensoriomotor.

La experiencia en la socialización genera esquemas o prototipos de comportamiento. En nuestra cultura ha sido frecuente, y probablemente sigue siéndolo, la asociación entre la expresión de búsqueda de placer y la negatividad, dicho de una manera abstracta. La erotofobia es la tendencia a reaccionar negativamente ante estímulos eróticos, mientras que la erotofilia es la actitud contraria. Este nivel explicaría la rápida reacción de rechazo o aproximación debida a la asociación entre contenidos eróticos y negatividad o positividad que se acuñan como esquemas. La investigación empírica

en el campo del constructo erotofobia-erotofilia aporta un cúmulo de datos que indican cómo realmente encontramos reacciones emocionales que responden a este nivel esquemático, como pueden ser los trabajos realizados en torno a los efectos que produce la actitud hacia la sexualidad en los comportamientos sexuales⁸.

Finalmente, el nivel conceptual explicaría los elementos más elaborados del deseo sexual. Se trata del conjunto de normas y valores con los que cada persona regula su propia experiencia del deseo. Este nivel surge de la interiorización del proceso de socialización, matizado por la propia experiencia del deseo sexual a lo largo de la biografía personal.

La perspectiva teórica de Leventhal y Scherer aporta un soporte teórico de gran interés para la comprensión del deseo sexual en tanto que experiencia emocional subjetiva.

A modo de síntesis, diríamos que frente a los autores neodarwinistas, quienes consideran que existen un conjunto de emociones básicas cuyo origen es natural, se sitúa la corriente constructivista defendiendo el origen social de las mismas. A diferencia de la universalidad de las emociones defendida por los neodarwinistas, los constructivistas indican que existen diferencias socioculturales debidas al influjo diferencial de las diversas culturas. Para esta corriente, las emociones son puras construcciones sociales. En este sentido cada cultura prescribe una serie de emociones que corresponden a diversos contextos sociales. Su función principal consiste en la regulación de conductas indeseables y la promoción de actitudes acordes con los valores establecidos. Por ejemplo, el sentimiento de culpa es una emoción que surge tras la transgresión de una norma; cada cultura dictamina el límite de lo que se considera transgresivo: la norma. Esta se establece desde los grupos de poder. Desde este punto de vista, las emociones varían de una cultura a otra, en función de su axiología y, dentro de una misma cultura, de una época a otra en función de los cambios socioculturales producidos.

La postura constructivista más radical minimizaría la existencia de emociones básicas o «naturales», incluso las negaría. Sin embargo, existen posturas más integradoras que aunque aceptan que pueden existir emociones que surgen de modo natural, las subrayan, suprimen e interpretan de modo diferente, según el orden moral del contexto cultural en que el ser humano esté inserto. Esta apreciación se ciñe perfectamente al deseo sexual entendido como una emoción, puesto que como tal ha sido fuertemente «matizado» por el orden moral y el contexto cultural de referencia.

En este sentido, Metts y colaboradores indican que, aunque el origen del deseo sexual se encuentre en la génesis de la reproducción sexual y que, en consecuencia, el sustrato biofisiológico que sustenta el deseo erótico tiene

⁸ Ver el capítulo 2 dedicado a las actitudes.

un carácter innato, la evolución de los sistemas sociales, que han regulado la procreación, ha influido intensamente en la experiencia y en la expresión del deseo erótico. La aplicación de normas, valores, restricciones, contingencias, le han dotado de un valor mucho más simbólico, interpersonal, interactivo y psicosocial, trascendiendo de este modo el mero hecho fisiológico. Por tanto, el deseo erótico, en tanto que emoción, puede ser considerado como el resultado de un proceso de construcción social⁹ (Metts, Sprecher y Regan, 1998).

6. Regulación emocional y deseo sexual

Antes que nada haremos una serie de precisiones conceptuales respecto a la regulación emocional. A pesar de que se haya tendido a pensar que la regulación se refería a la inhibición de las emociones negativas, en la actualidad este concepto hace referencia también a la intensificación de emociones tanto positivas como negativas.

El concepto de regulación emocional se utiliza para designar

[...] todos aquellos procesos que tienen la función de modificar, atenuar, fortalecer y en su caso transformar, tanto la experiencia subjetiva como la expresión exterior de cualquier emoción positiva o negativa, poniéndose normalmente el énfasis en el manejo de la experiencia emocional subjetiva.

ETXEBARRIA, 1996.

La regulación emocional comprende mecanismos de afrontamiento y mecanismos de defensa. Sin embargo, la regulación emocional no se reduce a la suma de ambos. Desarrollaremos sucintamente en que consiste cada uno de ellos.

Las *estrategias de afrontamiento* consisten en el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas externas y/o internas, evalua-

⁹ Tal afirmación es compatible con las aproximaciones conceptuales que se han expuesto. El anhelo, como componente del deseo sexual, propuesto por Levine, hace referencia a las representaciones culturales acerca del deseo erótico. Estas están claramente conformadas por el discurso social. Schnarch indica que el nivel total de satisfacción erótica es igual a la estimulación física más los procesos psicológicos. Estos tienen un profundo significado simbólico en la experiencia personal. Por otro lado, la mayoría de los autores que han tratado de definir el deseo sexual coinciden en considerarlo como una experiencia emocional subjetiva. La subjetividad depende de la propia experiencia mediatizada por el ambiente cultural de referencia que es portador de un discurso social acerca de la sexualidad.

das como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos (Lazarus y Folkman, 1986/1984).

Los *mecanismos de defensa* hacen referencia a todas aquellas estrategias, de carácter al menos parcialmente inconsciente, empleadas por el «Yo» para impedir la aparición o el mantenimiento de la angustia y defenderse de todo aquello que genere displacer (Laplanche y Pontalis, 1968).

En un exceso de simplificación se ha solido mantener que las *estrategias de afrontamiento* se refieren a aspectos fundamentalmente conscientes, relacionándose con una adaptación positiva, mientras que los mecanismos de defensa son fundamentalmente inconscientes y hacen referencia a formas de adaptación negativa. El propio Lazarus considera que ni las estrategias de afrontamiento producen siempre una adaptación exitosa ni es un proceso necesariamente consciente; de hecho, muchos de ellos ocurren sin la menor conciencia por parte del sujeto (Lazarus y Folkman, 1986). En cualquier caso, ambos mecanismos tienen en común que designan los diversos esfuerzos que hacen los sujetos para librarse de experiencias emocionales desagradables. Es en este punto donde se pone de manifiesto que el concepto de regulación emocional va más allá de los mecanismos nombrados, esta se refiere también a las emociones positivas y su atenuación y/o intensificación (Etxebarria, 1996) (véase figura 4.4).

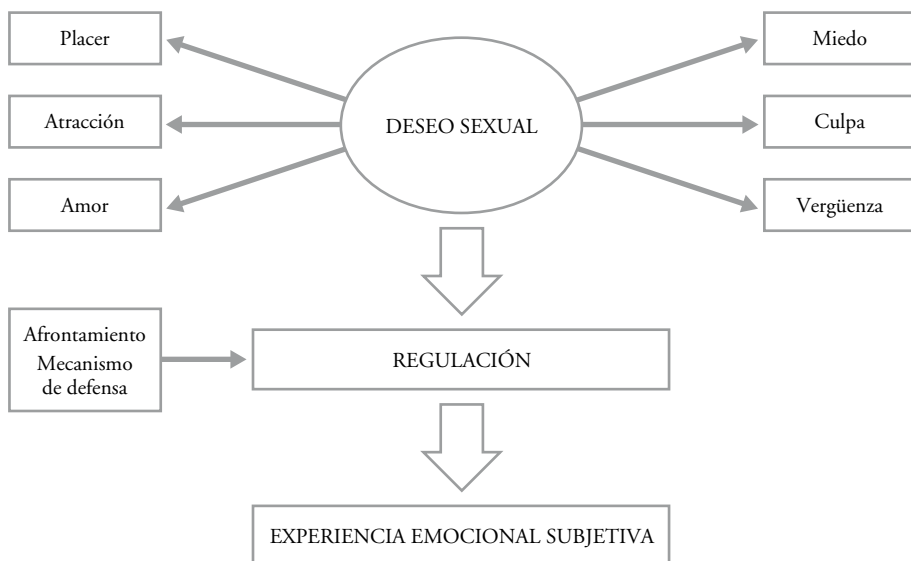


Figura 4.4. El deseo sexual en relación con otras emociones.

Existen dos factores determinantes que ponen en marcha los mecanismos de regulación emocional: el contexto social y los valores de los indivi-

duos. No cabe duda de que la regulación emocional tanto desde el punto del desarrollo personal como desde la interacción social cumple, en un sentido amplio, un papel positivo y necesario en la integración tanto personal como social. Sin embargo, puede tener efectos negativos en cuanto a criterios de autonomía personal y dominación o control social. El deseo sexual ha sido siempre un tema controvertido en la cultura occidental. No pretendemos hacer aquí un análisis ideológico de la cuestión, sin embargo es necesario tener en cuenta que el impulso sexual ha sido una de las dimensiones humanas más manipuladas a lo largo de la historia por instancias religiosas, legales y pseudocientíficas. El discurso de la sexualidad, parafraseando a Foucault (1976), ha sido reducido a lo secreto. De ahí que la norma social haya presionado respecto a lo que es adecuado o inadecuado sentir y expresar.

La regulación emocional se relaciona también con los valores individuales. Las características personales, que en gran medida dependen también de la socialización, explican las diversas formas de regular las emociones. En términos generales, el mundo de los valores personales coincide con el contexto social; no obstante, no siempre concuerdan las exigencias morales personales con las sociales. Esta divergencia se explica mejor en sociedades plurales donde coexisten posturas a veces antagónicas de ver las cosas.

La relación entre el contexto cultural y los valores personales puede explicar el grado de vulnerabilidad individual, de interés sobre todo en el ámbito clínico. Por ejemplo, intensos sentimientos de culpa sexual tienen un efecto inhibitorio sobre aspectos relacionados con el erotismo (Mosher, 1979; Etxebarria, 1989; Gómez Zapiain y Etxebarria, 1993), pudiendo ocasionar algún tipo de dificultad. La vulnerabilidad respecto a la regulación emocional podría explicar la evocación de altos niveles de ansiedad en situaciones de interacción sexual, que se sitúan en la base de algunas disfunciones sexuales.

El concepto de emoción va ligado al de regulación emocional. Por tanto, consideramos que el deseo sexual es una emoción regulada. El deseo sexual puede percibirse como un sentimiento positivo asociado a otras emociones positivas; también puede percibirse negativamente y asociarse a otras negativas. Puede ser, por tanto, intensificado o atenuado según las circunstancias. La regulación emocional puede ejercerse:

- a) *Sobre la experiencia emocional subjetiva.* Como hemos visto, los factores que intervienen en la regulación emocional son fundamentalmente dos: las variables individuales y el contexto social. Así, según las características individuales siempre mediatizadas por el contexto social, una persona podría regular su propia experiencia emocional subjetiva, bien sintiendo con nitidez ese estado de deseo

sexual, bien inhibiéndolo hasta el punto de no sentirlo, interpretando la posible activación fisiológica simplemente como ansiedad atribuible a cualquier otro evento. En este sentido, Félix López (1986) afirma que una persona está en armonía, sexualmente hablando, cuando reconoce y regula su propio deseo sexual, mientras que estaría escindida cuando la activación del deseo sexual no puede ser reconocida como tal. En el campo de las dificultades relacionadas con el deseo sexual, podríamos considerar que el denominado «deseo sexual inhibido», cuando su etiología es claramente psicógena, puede ser entendido como una forma de regulación emocional que se ejerce sobre la experiencia emocional subjetiva. Apoyándonos en autores neodarwinistas, tal situación se puede explicar en función de la lógica emocional. Si el deseo sexual se percibe como peligroso o angustiante, su inhibición constituiría la manera de regular la emoción teniendo tal mecanismo una función claramente adaptativa¹⁰. El motivo por el cual la afluencia del deseo sexual se pueda percibir como amenazante se halla fundamentalmente en el discurso social.

- b) *Sobre la expresión emocional*. La regulación emocional se puede ejercer también sobre la expresión emocional. Así como en el caso anterior la inhibición era una forma de regular el deseo y el resultado era la ausencia de conciencia de tal sentimiento, en este caso la regulación se centra en la expresión de la emoción. Siendo consciente del deseo, la regulación se ejerce en las maneras de expresarlo, bien haciendo patente el estado de deseo en que uno se encuentra o, por el contrario, inhibiendo toda expresión de deseo por fuerte que este sea. En este sentido, la dificultad de algunas personas en relación a sus parejas consiste precisamente en la expresión del deseo. La regulación en este caso se ejerce no en la experiencia emocional, sino en la expresión de la misma.

En síntesis, acerca del deseo sexual como emoción regulada, podemos decir que el modo de regulación, tanto sobre la experiencia emocional como sobre su expresión, tiene un enorme interés para la Psicología de la Sexualidad en relación con el tratamiento de las disfunciones sexuales relacionadas con la regulación del deseo erótico.

Sentida la experiencia emocional del deseo sexual, esta debe ser regulada conforme a instancias personales y sociales. Si el deseo sexual es una

¹⁰ Esta función en principio adaptativa puede mutarse en una intensa defensa psicológica ante la angustia producida por el placer erótico, cuyo origen se situaría en la inducción cultural a considerar el deseo erótico como un peligro. Este mecanismo defensivo está en la base de las disfunciones y trastornos del deseo sexual.

emoción, toda emoción es regulada a través de estrategias de afrontamiento o mecanismos de defensa. El concepto de regulación emocional hace referencia no solo a la atenuación de la emoción en determinadas situaciones, sino también a la intensificación de la misma en otras (Etxebarria, 1996). El deseo sexual puede ser satisfecho directamente, puede ser aplazado, se puede derivar a otros intereses, o se puede negar o reprimir. Los contenidos del deseo sexual, es decir, aquello que se desea, al igual que otros deseos, pueden estar en los siguientes ámbitos:

- a) Lo que es alcanzable directa y libremente.
- b) Lo que se puede alcanzar cuando se cumplan determinadas condiciones.
- c) Lo que se puede alcanzar transgrediendo alguna norma.
- d) Lo que es inalcanzable.

Los distintos contenidos pueden pasar de un ámbito a otro dependiendo del momento vital y del propio desarrollo personal. En cualquier caso existe siempre una relación difusa entre la fantasía y la realidad. La fantasía es una fuente de riqueza que alimenta los deseos y que impulsa a las personas a la búsqueda de satisfacción sexual en ámbitos alcanzables realmente. Los contenidos y los límites de cada uno de los siguientes ámbitos dependen de la configuración individual del deseo sexual.

Consideramos que se produce una regulación inadecuada cuando de una manera defensiva se consigue, por inhibición, minimizar la activación propia del deseo sexual o alterar la percepción hasta su desnaturalización sintiendo, finalmente, una ansiedad difusa sin lograr reconocer su origen. En otras situaciones la incapacidad de regulación hace posible que algunas personas sobrepasen los niveles razonables de control y consigan la satisfacción de sus deseos sexuales violando la libertad de otras personas, como es el caso de los abusos, las agresiones y el acoso. En estos casos es de gran utilidad comprender las claves que explican el proceso de la configuración específica del deseo en estas personas transgresoras, que sin duda comenzó a forjarse en la temprana adolescencia.

7. La orientación del deseo

He incluido la orientación de deseo erótico en el capítulo dedicado al deseo sexual porque desde la Psicología de la sexualidad, forma parte, por un lado, de la configuración del deseo erótico y, por otra, de la identidad sexual y de género.

Históricamente, la homosexualidad ha sido considerada como un grave patología, una degeneración del impulso sexual. Considerada como *senti-*

miento de sexual contrario (Westphal, 1832) o el *instinto de antipatía sexual* (Kraft Ebbing, 1886), la homosexualidad en nuestra época ha sido incomprendida. La persecución que ha sufrido solo puede explicarse en clave ideológica. La orientación del deseo en el sentido homoerótico contraviene seriamente el orden establecido por la ideología dominante. El control social se establece a través de la contención del deseo erótico (Foucault, 1976, 1987; González Duro, 1976). La familia es el módulo básico de transmisión de la ideología dominante, en ella la sexualidad se conforma. Por ello, todo comportamiento sexual al margen de la institución familiar, aquel que no esté específicamente dirigido a la procreación ha sido declarado tácitamente subversivo. No obstante, aunque no se puedan negar los avances en este terreno en las últimas décadas y aunque la sociedad occidental se caracterice por ser democrática, plural, liberal en cuanto a los usos y costumbres en el orden de los comportamientos sexuales, no ocurre lo mismo en el ámbito de la homosexualidad. Es preciso constatar que existe una evidente actitud de rechazo hacia la ella, a lo que genéricamente denominaremos «homofobia» y que desarrollaremos posteriormente.

Sin embargo, no siempre ha sido así. Las diferentes culturas pueden ser consideradas como homofóbicas u homofílicas (Nieto, 1989). La cultura occidental, claramente homofóbica, ha sido alimentada por dos grandes fuentes: la cultura clásica, griega y romana y la tradición judeocristiana.

Para los clásicos, la homosexualidad era una de las formas sexuales más consideradas, una actividad exquisita. Una postura radical en este sentido la postularon los epicúreos, quienes postularon, en su ansia de alcanzar la perfección, que la relación más cualificada era la homosexual, una relación entre hombres. Las mujeres eran consideradas como imperfectas, luego, mantener relaciones sexuales con ellas suponía rebajarse, aunque consideraban que era necesario e inevitable para la reproducción (González Duro, 1976). Obsérvese el contenido sexista de estos postulados.

La tradición judeocristiana se situó de manera completamente opuesta desde las leyes mosaicas. Algo que probablemente tiene un origen demográfico, alcanza el rango de precepto moral incuestionable, que llega a nuestros días. El pueblo hebreo, culturalmente pobre si se compara con sus coetáneos, el egipcio o el mesopotámico, tuvo serios problemas de supervivencia. Desplazado, errante, con pocos recursos, debe establecer una política de ahorro energético respecto a sus recursos humanos. En términos sexuales, la interpretación pudo ser la siguiente: las bajas humanas producidas por guerras, esclavitud, etc., la alta mortandad infantil debida probablemente al nomadismo, exigían un código de comportamiento sexual que dirigiese toda su energía hacia la reproducción, por motivos no tanto morales, como supervivenciales. Este código tuvo que prohibir los comportamientos no reproductores, como la homosexualidad, la masturbación, etc., y poten-

ciar aquellos claramente reproductores. Los usos se hacen costumbre, «mores», y estas se transforman en un código moral que regula las relaciones sexuales en este caso. Lejos ya del origen y superadas las causas que la motivaron, estas convenciones morales se transmiten a través de los siglos, se instrumentalizan y llegan a nuestros días.

Revisaremos a continuación algunos estudios clásicos. Como ya se ha indicado, la homosexualidad debe ser considerada como una forma de orientación del deseo. Evolutivamente, la orientación del deseo se organiza en épocas tempranas. Money (1972) afirma que existen fantasías sexuales orientadas en momentos prepuberales, bastante antes de que se tenga experiencia sexual concreta. Dicho de otro modo, el deseo sexual se orienta, adquiere direccionalidad en momentos prepuberales. Este hecho se produce probablemente por la interacción de las bases biofisiológicas del proceso de sexuación y la mediación ambiental, en el contexto de las relaciones interpersonales familiares y sociales.

La orientación del deseo no debe ser considerada de forma estereotipada, no se puede considerar como un «todo o nada», como «blanco o negro», sino como una realidad sumamente flexible, como lo denotan los resultados de investigación de los autores que describiremos posteriormente.

Desde un punto de vista histórico, diversos autores han estudiado la homosexualidad entre ellos, Krafft Ebing que trata este tema en el contexto de su *Psychopathia sexualis* (1886), donde se consideraba la homosexualidad como una patología cuyo origen es la degeneración¹¹. Este autor, marcado por un fuerte sesgo ideológico ha sido el teórico de referencia para las fuerzas ideológicamente más conservadoras respecto a la comprensión de la sexualidad humana. Magnus Hirschfeld, fundador del Instituto de Sexología de Berlín, cuna de la Escuela de Berlín, promotora de la Sexología como ciencia autónoma, realizó una defensa de la homosexualidad y trató de profundizar en su conocimiento y en su obra *Die transvestitismus* (1910), hizo aportaciones que aclaraban las diferencias entre homosexualidad, travestismo y transexualidad. En general, se puede decir que muchos de los autores que han escrito sobre sexualidad han tocado el tema de la homosexualidad de una u otra manera.

¹¹ El concepto de degeneración se refiere a la corriente que inspiró los estudios de la psicopatología a lo largo del siglo XIX propuesta por autores como Morel o Maignant. Los trastornos psicopatológicos eran la consecuencia de la degeneración de un proyecto principal. Morel representó una versión confesional, la degeneración es una separación del modelo divino. El ser humano está hecho a imagen y semejanza de Dios. Maignant representó la versión laica de esta teoría. Influido por los trabajos de Darwin, pensaba que la degeneración se producía cuando la evolución llevaba a sagas de individuos por caminos sin salida, apartados del flujo principal de la evolución humana.

Una aportación muy valorada en el conjunto de la historia de la sexología es la efectuada por Alfred Kinsey y sus colaboradores (1948, 1953). Sin prejuicios teóricos, describe los comportamientos homosexuales tal y como se manifiestan a través de la enorme cantidad de datos que obtuvo en su trabajo de campo. Kinsey consideró la orientación sexual como un continuo unidimensional y bipolar en el que, en un extremo se encontrarían los heterosexuales, y en el otro los homosexuales. El continuo que plantea está compuesto por siete puntos. Todas las personas estarían situadas en un punto del continuo.

El modelo unidimensional propuesto por Kinsey no explica bien la bisexualidad, puesto que, a medida que se avanza en el continuo, se pierde intensidad de un polo y se gana del otro (véase figura 4.5)

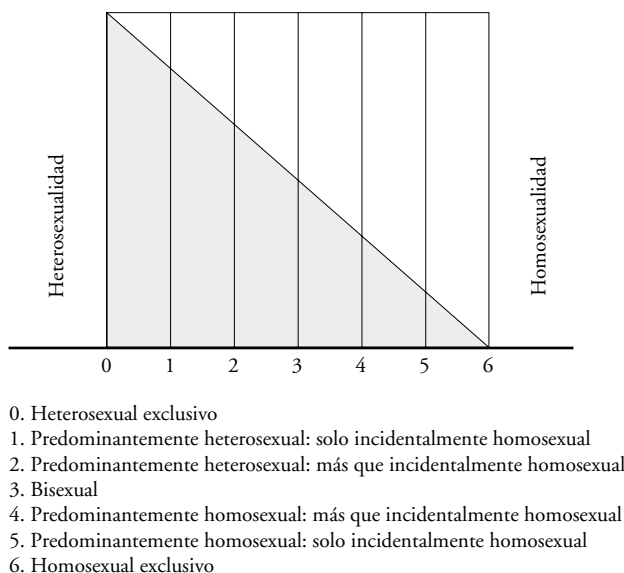


Figura 4.5. Continuo de orientación sexual de Kinsey.

No faltan autores que han cuestionado este modelo. Entre ellos, Storms (1980), quien mantiene que la orientación del deseo responde a un planteamiento bidimensional. La activación sexual incitada por estímulos correspondientes al sexo contrario, heteroeroticismo, y la incitada por estímulos pertenecientes al mismo sexo, homoeroticismo, pueden ser consideradas como dos dimensiones ortogonales independientes y no como los extremos de una dimensión única (véase figura 4.6). Así se proponen cuatro categorías, tal y como se refleja en el siguiente gráfico.

La diferencia entre Storms y Kinsey radica en el planteamiento de la intensidad de cada una de las dimensiones. Kinsey solo contaba con datos de

entrevista y se centró sobre todo en comportamientos. Storms, al plantear la orientación del deseo como dos dimensiones, valoró la intensidad de cada una de ellas y profundizó en el análisis de las fantasías orientadas, así como en los comportamientos. Por ello, una de las diferencias entre el modelo de Kinsey y el de Storms radica en la explicación de la bisexualidad. Para Kinsey, los bisexuales estarían situados en el centro del continuo, serían personas indefinidas respecto a la orientación del deseo con una moderada intensidad respecto a los extremos. Storms, desde el planteamiento de doble dimensión, indica que los bisexuales poseerían una intensidad de respuesta alta respecto al homoeroticismo y el heteroeroticismo. Del modelo de Storms se puede deducir que cada persona puede disponer de las dos dimensiones de tal modo que cada una de ellas puede ser vivida con diferente intensidad. Una persona heterosexual se caracterizaría por una intensa activación heteroerótica y una baja o nula activación homoerótica. Una persona fundamentalmente homosexual se caracterizaría justamente por lo contrario. Considerados estos ejemplos como extremos, cualquier persona podría tener representadas cualquiera de las dos dimensiones en distinta intensidad. Las personas bisexuales o bieróticas serían personas que podrían reaccionar intensamente a cualquiera de las dos dimensiones, homoerótica o heteroerótica (véase figura 4.6.).

		Homoerotismo	
		+	-
Heteroerotismo	+	Bi	Hetero
	-	Homo	Sin deseo

Figura 4.6. Categorías de orientación sexual de Storms.

En general las diversas corrientes teóricas en psicología no han sido capaces de explicar el origen de la orientación del deseo. Ninguna de las teorías ha tenido el suficiente apoyo empírico.

La corriente psicoanalítica ha considerado que las posibles causas de la homosexualidad se hallan en un sistema de relaciones paternofiliales conflictivo, que impide una correcta identificación del sujeto con el progenitor del mismo sexo. Según este enfoque la atracción sexual hacia personas del sexo contrario activaría la angustia generada por el miedo a la castración al no haber sido resuelto tal conflicto. La orientación del deseo hacia el propio sexo sería una forma de defensa contra esta angustia.

Desde las teorías conductuales (Alario, 1990, 1992), el proceso de la orientación del deseo estaría asociado al condicionamiento a través del cas-

tigo o refuerzo de las conductas, sentimientos o pensamientos de tipo heterosexual u homosexual. De tal manera, si las primeras experiencias sexuales han sido con una persona del mismo sexo y han sido gratificantes, o bien si lo fueron con una de distinto sexo y fueron insatisfactorias o incluso traumáticas, podría reforzarse la orientación homosexual. Para esta corriente, el orgasmo en la masturbación, asociado a fantasías homoeróticas podría ser un fuerte refuerzo.

Reconociendo lo poco que se sabe acerca del origen de la orientación del deseo, cabe destacar el estudio de Bell (1981). Este autor considera que, en realidad, se conoce mejor lo que no tiene que ver con la orientación del deseo, que aquellas cuestiones que lo puedan explicar, tal y como se trasluce de las conclusiones que extrajeron de su trabajo y que a continuación reflejamos:

- Cuando los chicos y las chicas llegan a la adolescencia, probablemente su orientación sexual está ya determinada, aun cuando todavía no hayan tenido experiencias sexuales con otras personas. La orientación sexual en la vida adulta será coherente con estos primeros sentimientos y conductas sexuales.
- En la mayor parte de los casos, los sentimientos eróticos aparecían alrededor de tres años antes de tener la primera actividad homosexual. Estos sentimientos, más que la actividad homosexual, parecen ser el elemento crucial en el desarrollo de la homosexualidad adulta. Digamos que la orientación del deseo erótico es la que dirige el tipo de comportamiento sexual y no al revés.
- Los hombres y las mujeres homosexuales estudiados no habían tenido carencias especiales de experiencias heterosexuales en su infancia y adolescencia. La diferencia respecto a los hombres y mujeres heterosexuales está en que para ellos habían sido más insatisfactorias o indiferentes.
- Existe una fuerte asociación entre la falta de aceptación del rol sexual y el desarrollo de la homosexualidad. Esto no quiere decir que todos los homosexuales tengan intereses o rasgos de personalidad característicos del otro sexo, ni tampoco que todas las personas que no aceptan su rol sexual necesariamente vayan a ser homosexuales.
- La identificación con el padre del mismo o de distinto sexo no tiene una conexión significativa con el desarrollo de un tipo u otro de orientación sexual.
- Tanto en los hombres como en las mujeres, las relaciones pobres con el padre parecen jugar un papel más importante que las relaciones con la madre. Hombres y mujeres homosexuales solían tener relaciones negativas con su padre.

- Respecto a las posibles diferencias entre hombres y mujeres, cabría decir que la relación entre la falta de aceptación del rol sexual y la homosexualidad es más clara en los hombres, mientras que las relaciones familiares tienen mayor peso en las mujeres.
- Estos resultados no rechazan en absoluto la posibilidad de que exista una base biológica de la orientación sexual. Tal vez la falta de aceptación del rol sexual y la orientación homosexual pudieran ser explicadas sobre la base del tipo de diferenciación cerebral o a los diferentes niveles hormonales que circulan en el organismo, tal y como mantiene LeVay (1993), entre otros.

7.1 Acerca de la identidad homosexual

Algunos autores mantienen el concepto de identidad homosexual. Discutir este concepto no es realmente muy relevante, aunque el debate puede ser esclarecedor de algunos matices al respecto.

En este libro hemos definido la sexualidad como la manera propia de ser mujer u hombre, considerando que hay tantos modos de serlo como personas. Un modo de ser mujer u hombre es ser homosexual, es decir, alguien podría definirse así mismo desde su sexuación de la siguiente manera:

Yo soy yo que soy hombre, que tengo mi manera de serlo (independientemente de los estereotipos esperados) y una de las características que me definen como hombre es que me atraen eróticamente los hombres, y planteo mis relaciones afectivas de proximidad psicológica (intimidad) con ellos.

Desde este punto de vista no tendría demasiado sentido considerar la identidad homosexual, puesto que estaría comprendida en la identidad sexual y de género globalmente considerada. Identificarla como tal identidad homosexual, podría tener un cierto efecto estigmatizador. Sin embargo, el colectivo de homosexuales se estima que puede alcanzar un 10-12% de los hombres y algo menos en las mujeres. Se trata, por tanto, de un colectivo suficientemente importante como para poder describirlo en términos psicológicos. Desde este punto de vista, sí sería pertinente hablar de identidad homosexual.

Algunos autores como Sophie (1985, 1986) o Martin (1991) así lo han considerado y afirman que un aspecto crucial para el desarrollo de la identidad homosexual es el proceso de autorreconocimiento, que se complementa con el descubrimiento de la identidad homosexual a los demás.

El modelo de Martin propone siete fases en el desarrollo de la identidad homosexual:

1. *Sentirse diferente*. Suele ser con frecuencia el primer sentimiento percibido por las personas homosexuales (gays y lesbianas); si bien en algunos casos se puede asociar este hecho al sentimiento de atracción por las personas del mismo sexo. Un alto porcentaje se debe a que se sienten desinteresados por las personas del sexo opuesto.
2. *Autorreconocimiento*. La persona reconoce que se siente atraída por las personas de su mismo sexo. Este suele ser el momento más difícil del proceso ya que en la mayoría de las ocasiones implica una confrontación con las propias actitudes que pueden estar muy mediatizadas por la internalización de la homofobia vigente en la sociedad. Tal y como hemos visto anteriormente en la organización del deseo sexual según Levine, las personas homosexuales podrían tener en esta fase un conflicto entre los tres niveles, impulso, motivo y anhelo. Habiendo un impulso erótico orientado homoeróticamente, este podría entrar en colisión con el anhelo, que es la representación sociocultural del deseo (la actitud sexista predominante mantiene que la heterosexualidad es lo prescrito y la homosexualidad lo proscrito). También entraría en colisión con el motivo que, como dijimos, es el consentimiento, la aceptación, la integración del deseo orientado en el conjunto de la personalidad. El autorreconocimiento no implica la aceptación de la orientación del deseo. Una cosa es reconocer que a uno le atraen eróticamente personas de su mismo sexo y otra aceptarse como homosexual, hecho que se alcanzaría en la fase siguiente.
3. *Aceptación de la identidad*. En esta fase la persona homosexual llega a sentirse bien e incluso satisfecha de ser homosexual. La aceptación de la orientación del deseo erótico es diferente del autorreconocimiento. Según Martin, esta fase puede solaparse con la anterior durante un periodo más o menos prolongado, según los casos. Se trata de una continua oscilación entre el reconocimiento, el rechazo y la aceptación.
4. *Descubrimiento a otras personas*. Esta es una tarea que no se limita a un momento o a una fase determinada, sino que se extiende a otras fases. Puede incluso que se prolongue más allá del proceso. Cabe diferenciar dos situaciones: el ocultamiento de la orientación por miedo, por una deficiente o nula aceptación. El ocultamiento de la orientación por mantener la intimidad. Personas que tienen perfectamente asumida su orientación homosexual deciden no hacerlo público. Normalmente, el descubrimiento se hace a personas significativas. El descubrimiento a otras personas suele producirse tras la aceptación de la propia homosexualidad.
5. *Experimentación y exploración*. En esta fase el objetivo es ensayar y experimentar comportamientos de aproximación, seducción, etc. En esta fase normalmente se inicia la experiencia sexual compartida.

6. *Intimidad*. Pasada la fase anterior de experimentación tanto social como sexual, y cumplidos sus propósitos pierde interés y en su lugar aparecen deseos de establecer relaciones de intimidad y estabilidad con alguna persona determinada. En esta fase, cuando se establece una pareja estable, normalmente se hace definitivo el descubrimiento a los demás de la propia identidad, lo que supone un avance importante en el proceso de consolidación de la propia identidad.
7. *Consolidación*. Esta etapa se caracteriza por la integración de la identidad con el resto de las características de la persona. Constituye el final del proceso. Podemos hablar de una identidad integrada o consolidada cuando la persona asume que, aunque la orientación del deseo es un aspecto importante en su vida, no es el componente predominante en torno al cual se organiza el resto de sus características.

8. Integración del deseo erótico en el conjunto de la identidad sexual y de género

El proceso de sexuación en los seres humanos es una cuestión bastante compleja que no se puede reducir ni a la biología, ni a la psicología, ni a la antropología, ni la sociología. Estas y otras ciencias nos aportan conocimientos necesarios para aproximarnos a la comprensión de semejante complejidad. No cabe duda de que solo planteamientos interdisciplinares nos acercarán a un mayor conocimiento. En este punto vamos a realizar algunas aclaraciones conceptuales acerca de los elementos que desde mi punto de vista intervienen en la sexuación. Es preciso recordar, aunque de forma sucinta, el concepto de sexualidad del que partimos. Haremos dos afirmaciones:

- a) La especie humana es el resultado de la evolución de aquellas que optaron por la sexuación como modo óptimo de desarrollo. Por tanto es una especie dimórfica donde la sexuación es una realidad referencial¹².
- b) La especie humana es la más evolucionada de todas las que integran la escala filogenética.

De estas dos afirmaciones deducimos respecto a la primera que la sexualidad es todo aquello que tiene ver con el hecho de ser mujer u hombre, por tanto con la sexuación y con sus resultantes, como son las identidades sexuales individuales y colectivas. Respecto a la segunda deducimos que la especie humana ha pasado por un proceso de telencefalización, es decir, por un proceso de desarrollo de la corteza cerebral y las áreas nobles,

¹² Confrontar con el capítulo dedicado al concepto de sexualidad.

pensamiento y lenguaje, que ha hecho posible la hominización. Por tanto la sexualidad, que en su origen tuvo que ver con la reproducción al servicio de la adaptación y la supervivencia, en los seres humanos, la trasciende.

Así, la sexualidad humana se constituye en una dimensión central, eje de la construcción personal, directamente arraigada al concepto de sí mismo, al mundo emocional y a la comunicación interpersonal. De ese modo, la sexualidad, como indicamos en otros lugares, es la manera de situarse en el contexto social como mujer u hombre, en toda su magnitud, considerando que el propio proceso de sexuación, es decir, todos aquellos niveles que intervienen en el desarrollo, desde los estrictamente biológicos hasta los psicosociales, revelan la enorme variabilidad en las maneras de ser mujer u hombre. Existirían, por tanto, tantas maneras de ser mujer u hombre como seres humanos existen. La pregunta que planteamos es la siguiente: si el resultado de la sexuación es la manera particular de ser mujer u hombre, ¿qué relación existe entre la identidad sexual, la orientación del deseo erótico y la orientación sexual? Trataremos de aclarar los conceptos.

8.1 Identidad sexual

La identidad es la conciencia que uno tiene de ser quien es. Es la teoría que cada persona desarrolla acerca de sí misma. Es imposible entender la identidad sin su categoría sexual; la sexualidad es una categoría permanente de *self*, del sí mismo. Es inevitable e imprescindible la categoría sexual para comprendernos a nosotros mismos, tal y como hemos visto en el capítulo dedicado a ella. Si alguien quiere expresar a otro quién es, tendría que desarrollar la teoría que uno tiene acerca de sí mismo de tal modo que tendría que decir que es, por ejemplo, el hijo de sus padres, el padre de sus hijos, el marido de su mujer, el profesional que se dedica a tal cosa, la persona que defiende tales ideas, el que se mueve en determinados ámbitos sociales, etc. En términos de sexualidad podríamos preguntar a esa persona ¿tú qué eres? La respuesta sería rápida: Soy mujer o soy hombre. Pero si preguntamos ¿cómo eres mujer u hombre? La respuesta es más complicada. Tendría que hablarnos de su modo personal de ser mujer u hombre, es decir, de las características que la definen, desde las estrictamente corporales, hasta el conjunto de valores, actitudes, cualidades, comportamientos, etc. Tendría que hablarnos acerca de lo que entiende por ser hombre, o ser mujer, de lo que entiende por masculinidad o feminidad, cómo se sitúa respecto a estas concepciones previas, si se ajustan con la realidad, etc. Por todo ello es inevitable tener en cuenta los referentes culturales de sexuación, rígidamente estereotipados en nuestra cultura que, o bien re-

fuerzan la identidad sexual personal, o bien la distorsionan en relación con la realidad concreta de cada individuo, pudiendo generar incoherencia y conflicto. Desde nuestro punto de vista, una parte importante de la identidad sexual, del modo de ser mujer u hombre es la dimensión erótica, cuya base de sustentación es el deseo sexual o erótico ya orientado que, como hemos indicado, es una experiencia emocional subjetiva (Gómez Zapiain, 1997).

La identidad en general y sexual en particular entendida como «manera sexuada de estar en el mundo» está representada esquemáticamente en el gráfico 5.8. Nos centramos en la zona superior del esquema. La identidad sexual forma parte del concepto de sí mismo, que es inevitablemente sexuado. La identidad sexual es el resultado de un proceso de sexuación que depende de la expresión biológica de la herencia genética, que, a su vez, se desarrolla en el contexto cultural, es decir, en el ambiente de socialización, que en nuestra cultura no es precisamente neutro. Todo ello conforma el «yo sexual», categoría de la identidad personal, que se expresa en contenidos y tendencias comportamentales. Por ejemplo, si mantenemos la pregunta ¿cómo eres mujer u hombre? La respuesta debe basarse en los *contenidos* y en las *tendencias* que configuran el yo sexual. Todo ello comprendería un conjunto de actitudes, aptitudes, sensibilidades, gustos, cualidades, valores, formas específicas de regulación emocional, que nos indicaría la resultante de la sexuación, es decir, la manera, el modo personal de estar en el mundo como mujer o como hombre.

8.2 Orientación del deseo

Con el ánimo de no caer en una excesiva simplificación, entendemos por orientación del deseo la capacidad de responder eróticamente a determinados estímulos que poseen valencia erótica, es decir, que son capaces de provocar una reacción erótica. Esta se caracteriza por la activación de los circuitos cerebrales responsables del deseo, es decir, del incremento de las ganas de vivir una experiencia de placer erótico. La activación del deseo sexual, que es una experiencia emocional subjetiva, puede provocar o no la respuesta sexual (Rosen y Leiblum, 1988). Como toda emoción, el deseo sexual genera una tendencia de acción, su activación tendería a activar a su vez el ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual: deseo, excitación y orgasmo. La satisfacción del deseo puede darse de manera compartida, o de forma individual a través del autoerotismo.

Podemos convenir en que, en relación con la configuración del deseo, las personas se sienten atraídas fundamentalmente por estímulos eróticos que corresponden al otro, al mismo o a ambos sexos, por eso la orientación

puede ser *heteroerótica*, *homoerótica* o *bierótica*, tal y como se expresa en la figura 4.7.

Hemos utilizado el término atracción y debemos puntualizar. En este punto nos referimos estrictamente a la atracción erótica. Las personas, independientemente de su sexo, pueden resultar atractivas por múltiples razones, más allá del erotismo. Las paradojas son frecuentes. Alguien puede resultar extraordinariamente atractivo desde el punto de vista erótico y radicalmente vulgar en otros aspectos, y justamente lo contrario, alguien puede ser enormemente atractivo por un conjunto de valores personales y no poseer encanto erótico alguno.

Planteamos las siguientes cuestiones: ¿Qué relación existe entre la orientación del deseo y la identidad sexual? ¿La homosexualidad, la orientación homoerótica, supone una alteración de la identidad sexual? ¿Es compatible sentirse parte de un sexo y desear eróticamente a personas del mismo sexo? Advertimos bastante confusión al respecto debido sin duda al tratamiento de la sexualidad en la cultura occidental, donde la heterosexualidad se presenta como la opción preponderante. La enorme rigidez cultural respecto a la sexuación impide una mayor comprensión. Los hombres deben ser hombres, las mujeres deben ser mujeres y el deseo debe ser heterosexual; todo lo demás es alteración, patología, delito, inmoralidad¹³. Esta confusión se observa también en ámbitos profesionales, lo cual es más preocupante.

Desde un punto de vista científico disponemos de datos y aportaciones teóricas suficientes para mantener que nada hay tan plástico como el desarrollo de la sexuación humana. Por ello la orientación del deseo forma parte de la construcción personal como mujer y como hombre. Así, considerando que la homosexualidad es una alternativa de la orientación del deseo del mismo rango que la heterosexualidad, la orientación del deseo sexual debe incardinarse y armonizarse en el desarrollo de la identidad sexual, por tanto en el concepto de sí mismo, bien como mujer, bien como hombre. Por ejemplo, en origen el azar provoca que los cromosomas se asocien en pares XX o XY. Según una u otra combinación se inicia un proyecto de sexuación en sentido femenino o masculino. Al final de la etapa intrauterina los cuerpos conformados como niña o niño se integrarán en un medio de socialización que los reconocerá como mujer u hombre, serán educados conforme a los referentes culturales de sexuación, es decir, conforme a las atribuciones que la cultura hace al hecho de ser biológicamente mujer u hombre. El mensaje sería: tienes cuerpo de mujer u hombre, por tanto debes comportarte como mujer u hombre y se espera que seas heterosexual. En este

¹³ Formulado de esta manera, puede parecer una exageración, pero conviene cargar las tintas con el fin de valorarlo con mayor precisión.

contexto se desarrollará la propia identidad personalizada como mujer u hombre. Finalmente, esta puede aproximarse o diferir considerablemente del estereotipo cultural establecido. Cuando nos referimos a la «propia identidad personalizada como mujer u hombre», nos referimos a la resultante de la adaptación dialéctica entre las características personales y los referentes culturales. Puede que a lo largo del desarrollo, en el momento de la pubertad y primera adolescencia, surja con mayor o menor intensidad, atracción erótica hacia otras personas del mismo sexo. Desde nuestro punto de vista, si esto ocurre, esa persona, lejos de poner en cuestión la propia identidad sexual, deberá realizar un esfuerzo psicológico adicional para armonizar la orientación de su deseo erótico, con su identidad sexual. En definitiva la orientación del deseo contribuye y se integra en el modo de ser mujer u hombre.

8.3 Orientación genérica

La orientación genérica, desde mi punto de vista, no tiene que ver con la atracción erótica, sino con la orientación hacia los contenidos relacionados con el constructo masculinidad-feminidad. Se trata de identificaciones con valores que se atribuyen a uno u otro sexo. Una mujer, sin dudar ni un instante de que es mujer, podría identificarse con valores atribuidos a los hombres. Las aportaciones de las autoras y autores que han trabajado en el ámbito de la androginia nos resultan muy útiles en este punto. En realidad los contenidos asociados a la masculinidad y a la feminidad no son sino convenciones a partir de las cuales se atribuyen un conjunto de comportamientos, actitudes, aptitudes y valores, finalmente estereotipados a la realidad «mujer», «hombre». Históricamente se comprueba que estas atribuciones culturales conllevan un alto grado de discriminación sexual que poco a poco se tiende a corregir. Tal y como se ha expuesto en el capítulo tercero, la androginia propone la existencia de dos polos: instrumentalidad (tendencias autoasertivas) y comunalidad (tendencias integrativas), las cuales pueden estar presentes en cualquiera de los dos sexos. La personalidad andrógina, es decir, la personalidad capaz de integrar valores instrumentales y comunales independientemente del sexo biológico es sin duda la más evolucionada por su mayor capacidad de adaptación a las diversas situaciones vitales. Por tanto la orientación genérica, tal y como aparece en la parte inferior de la figura 4.7, puede ser dirigida hacia lo *masculino*, hacia lo *femenino* o hacia lo *andrógino*, independientemente del sexo biológico. Es decir, una persona que ha desarrollado su identidad de mujer, por ejemplo, con independencia de la orientación de su deseo, podría identificarse con contenidos que la sociedad atribuye al sexo contrario. La orientación gené-

rica, en el sentido que acabamos de explicar, contribuye al modo de ser mujer u hombre.

8.4 Relación entre la identidad sexual, la orientación del deseo y orientación sexual

Nos ha parecido pertinente separar estos tres conceptos con fines didácticos. No pretendemos afirmar que sean categorías independientes. Es muy probable que existan solapamientos entre las tres, sin duda las tres están muy relacionadas. Es muy probable que las tres se influyan mutuamente. Sin embargo, su precisión terminológica y conceptual contribuye a una mejor comprensión de lo que, genéricamente, se denomina orientación sexual. La contribución de la especificación de estas tres variables se expresa gráficamente en la figura 4.7, en el recuadro titulado como «Resultante: manera sexuada de estar en el mundo». En términos psicológicos, lo que le interesa a la Psicología de la sexualidad es la resultante en la que inciden las tres variables. Lo que realmente nos interesa es la comprensión de la experiencia personal de la sexuación, y su génesis, cómo cada persona se sitúa en su medio desde su propia sexuación, cuáles son los factores que contribuyen al equilibrio personal, y cuáles los que perjudican e impiden este fin.

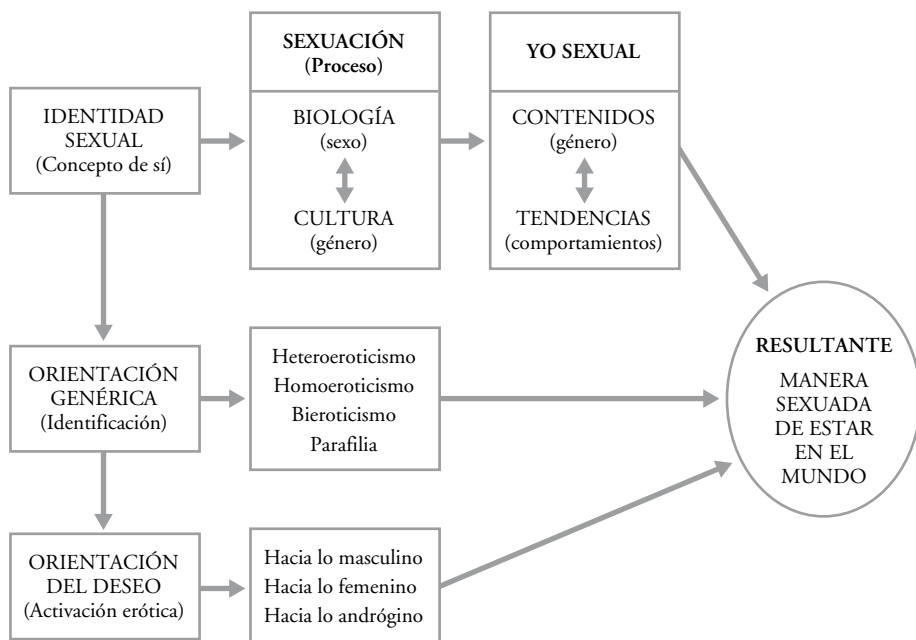


Figura 4.7. Relación entre identidad sexual, orientación del deseo y orientación genérica.

Ejercicios de autoevaluación

1. Explica los componentes del deseo sexual según Levine.
2. ¿Qué aspectos deben tenerse en cuenta en la configuración del deseo sexual?
3. ¿Qué relación existe entre el deseo erótico y la identidad sexual y de género?
4. ¿Qué diferencia existe entre el deseo erótico y la excitación sexual?
5. ¿Cuál es la aportación de los neodarwinistas a la comprensión del deseo sexual?
6. ¿Qué tiene de interés la teoría de las emociones de Leventhal y Scherer para la comprensión del deseo sexual?
7. Haz una valoración crítica razonada de la influencia del discurso social en la configuración del deseo sexual.
8. Explica las formas de regulación emocional del deseo sexual.
9. ¿Cuáles son las diferencias entre el modelo de Kinsey y el de Storms en relación con la orientación del deseo erótico?
10. Explica las fases en el proceso de aceptación de la identidad homosexual.

5. Afectos y sentimientos relacionados con el deseo erótico

En psicología el término afectividad hace referencia a la susceptibilidad que el ser humano experimenta ante determinadas alteraciones que se producen en el mundo real o en su propio yo. No es fácil distinguir entre afectos y emociones. El neurobiólogo Damasio considera que la emoción y las reacciones relacionadas están vinculadas con el cuerpo, mientras que los sentimientos lo están con la mente. Otros autores sugerirían que las emociones tienen un carácter más individual mientras que los afectos son más interrelacionales. En definitiva, la afectividad se expresa en sensaciones subjetivas en contextos determinados, basada en activaciones fisiológicas, sentimientos y estados emocionales, contribuyendo a orientar la conducta hacia determinados objetivos.

El deseo erótico, tal y como ha sido descrito en el capítulo anterior, es una emoción y como tal se asocia y puede activar otros afectos y emociones. Revisando toda la panoplia posible de estos, se puede comprobar que algunos se aproximan más que otros a la sexualidad entendida aquí como expresión del deseo erótico.

Como indica Félix López, de entre todos ellos podemos seleccionar los que tienen un carácter más «socio-afectivo» como la empatía, la amistad, la hostilidad y la ira. Por otro lado, podemos seleccionar aquellos que tienen un carácter más «sexual-efectivo», como el deseo erótico en sí mismo, la atracción, tanto erótica como interpersonal, el amor, el enamoramiento, el rechazo, la vergüenza o la culpa. De entre todos ellos, destacaremos los siguientes:

- **El deseo:** Como ya hemos indicado anteriormente, el deseo es percibido como una experiencia emocional subjetiva (Fuertes, 1995; Gómez-Zapiain, 1997). Se sustenta en sus bases biofisiológicas, se articula en el plano psicológico a través de la socialización. Lo que caracteriza al deseo es que el objeto no está definido. Se trata de la sensación de desear en sí misma.

Asienta sus raíces en la biología, aunque no tiene una dependencia mecánica de este, ya que está sujeto a la influencia de otros muchos factores de tipo personal, relacional y cultural.

Es psicológicamente percibido como sentimiento de la necesidad de buscar satisfacción erótica. Se expresa a través del deseo de abrazar y ser abrazado, de realizar determinadas actividades eróticas, genera una cierta tensión somática y activa el imaginario erótico expresado en fantasías. Su contenido más o menos explícito depende de numerosos factores como la experiencia sexual, el sexo, etc. Normalmente es más explícito en los varones que en las mujeres y en las personas con más experiencia sexual que en aquellas que no han tenido aún actividad sexual.

Como bien dice Félix López, el objeto del deseo no está necesariamente definido. Se experimenta como un estado interno, el «estado del organismo» en términos de Singer y Toates, un estado interno que impulsa a las personas al contacto y la experiencia erótica. Como se ha dedicado el cuarto capítulo al deseo erótico, nos remitimos a él.

- **La atracción:** Debemos diferenciar la atracción interpersonal en sentido general de la atracción erótica en sentido estricto. La atracción interpersonal se refiere al interés que suscita otra persona por sus características personales: característica de personalidad, modos de ser, físicas, similitud o complementariedad con uno mismo, etc. Determinadas personas pueden resultar atractivas, admirables, sin que esta atracción tenga ningún componente erótico, como puede ser la atracción que interviene en la formación de amistades, o la admiración que se puede sentir por personas percibidas como valiosas. La atracción erótica, como es obvio, se refiere a la atracción que producen los estímulos capaces de activar el deseo erótico; el cuerpo, determinadas partes de él, determinadas actitudes, etc. Estos estímulos pueden provenir de personas del mismo o distinto sexo. Alguien podría sentirse atraído eróticamente por otra persona que no le resulta en absoluto atractiva desde el punto de vista personal. La fenomenología nos permite contemplar que estas dos dimensiones distintas de atracción pueden ir perfectamente separadas, aunque, como es evidente, puedan fácilmente superponerse. La característica principal de la atracción erótica es que tiene múltiples objetos.

Los objetos de atracción erótica suelen ser múltiples. Ello significa que las personas pueden sentirse atraídas por muchas otras. La relación entre la atracción sexual y el deseo erótico es bidireccional. La atracción puede activar el deseo, o este puede sensibilizar la percepción subjetiva de elementos eróticamente atractivos. En cualquier caso esta relación exige del individuo la capacidad de regulación de estas emociones de cara a la adaptación personal. Los factores que condicionan la atracción han sido estudiados reiteradamente:

- La primera y principal mediación es la orientación del deseo: atraen las personas y estímulos que se corresponden con la orientación del deseo heterosexual, homosexual, etcétera.
- El segundo factor es el «modelo social» dominante —interiorizado— de hombre y mujer atractivos. Aunque estos sean cambiantes y estén sujetos a intereses y factores comerciales regulan en buena parte los gustos individuales.

Según los etólogos, algunas características de los estímulos atractivos parecen estar programados, como es el caso de las caderas anchas y los pechos grandes en la mujer y el vigor muscular y las caderas estrechas en el hombre. Estas programaciones tendrían la función de favorecer la elección de la pareja que mejor pueda ejercer el rol sexual en la reproducción.

- También los etólogos han puesto de manifiesto que la atracción está mediatizada por el carácter novedoso o conocido del estímulo sexual, resultando los estímulos nuevos (por su contenido o presentación) más atractivos.
 - Otros factores mediadores concretos han sido también estudiados en psicología social, pero están más sujetos a diferencias individuales: la semejanza (en edad, ideas y cultura, etc.), la proximidad física, el sentimiento de reciprocidad en la atracción, los refuerzos y gratificaciones que se reciben en la interacción, las personas con las que se han tenido experiencias sexuales positivas, etcétera.
- **El amor:** Es una emoción que impulsa al individuo a establecer un vínculo firme y estable en el tiempo. Es una experiencia altamente subjetiva probablemente mejor descrita por las artes narrativas como la literatura, el cine o el teatro, que por la propia psicología. A veces se presenta como un intenso deseo de fusión total con la otra persona como ocurre en los grandes mitos amorosos como Romeo y Julieta, los amantes de Teruel, la leyenda canaria de Gara y Jonay. Entre las diversas teorías del amor, destacamos la aportada por los teóricos del apego, los cuales afirman que el amor en las personas adultas tiene las

mismas características que el vínculo afectivo establecido en la infancia con las figuras de apego y que es necesario para la estabilidad emocional, tal y como lo explicaremos posteriormente. A diferencia del deseo y la atracción, la característica principal del amor es que este se dirige a un solo objeto, en el bien entendido de que nos estamos refiriendo al amor entre dos personas adultas, sean estas de igual o distinto sexo.

- **El enamoramiento** es un estado. Supone una alteración psicológica considerable. Algunos autores han llegado a decir que se trata de un estado «cuasi» patológico, por lo que supone de alteración de la realidad (Alberoni, A. 1979; López, F. y Fuertes, A., 1989). La función del enamoramiento, probablemente, consiste en impulsar a las personas hacia el logro de vinculación afectiva y con ella la estabilidad de las relaciones, satisfaciendo de este modo necesidades básicas. Cumplido este objetivo, la vinculación, el enamoramiento desaparece dando lugar a un sentimiento profundo de amor estable. De este modo el enamoramiento es un estado, que tiene un principio y un final, mientras que el amor tiende a ser un sentimiento estable.

En relación con los afectos de corte sexual-afectivos, es decir, más próximos a la motivación erótica, el enamoramiento supone el deseo erótico y la atracción sexual, además de la atracción personal.

El enamoramiento, por otra parte, aunque es vivido y sentido como una experiencia individual y única, se expresa fenomenológicamente en percepciones, sentimientos, fantasías y conductas que, con frecuencia, guardan gran similitud en las diferentes personas enamoradas, aunque podamos observar también evidentes diferencias.

Siguiendo a los principales estudiosos de la experiencia amorosa, describiremos a continuación los contenidos fenomenológicos más relevantes.

La persona objeto del enamoramiento aparece como única e insustituible. Mientras el deseo y la atracción están abiertos a multitud de objetos posibles, el sentimiento de enamoramiento tiene el carácter de exclusividad. Esto no quiere decir que la persona de quien nos enamoramos parezca, necesariamente, extraordinaria y única, sino que «para el enamorado» es única y, en el presente, insustituible.

El enamoramiento se caracteriza por un estado de «encantamiento», se presenta como un estado de obnubilación por la otra persona. En expresión popular consiste en sentirse totalmente «colgado» por el otro o entre ellos, absorbido por el otro.

Es un sentimiento de entrega y deseo de posesión por la pareja vivida como inevitable y difícil de controlar. Deseo de posesión, de quererlo para sí totalmente, como el bien más preciado. Las descripciones de tantas tra-

gedias clásicas ilustran este intensísimo sentimiento de posesión que puede fácilmente escapar de la racionalidad.

El enamoramiento no es necesariamente un sentimiento positivo de agrado, plenitud o gozo. Puede producir intensas emociones radicales, entusiasmo o desesperación, nunca indiferencia. Hatfield y Rapson (1993) definen el proceso de enamoramiento como

[...] un estado de intenso deseo de unión, que, cuando es correspondido, se asocia con plenitud y éxtasis y, cuando no hay reciprocidad, con sentimientos de vacío, ansiedad y desesperación.

Como dice Félix López,

[...] el encantamiento, la entrega, la posesión, el gozo, la ansiedad, hacen que el enamorado se convierta en el eje central de la vida psíquica del individuo; todo lo demás gira en torno a él. El enamorado se convierte en el centro de atención, la fantasía, las preocupaciones y las conductas de cada día. La vida cotidiana es un estar «pendiente de», un antes y un después, tiempos para encontrarse, estar juntos, despedirse, etc. La atención regresa una y otra vez hacia el enamorado, las fantasías se multiplican y recrean con situaciones del pasado o del futuro, el enamorado hierve en deseos por el amado y se sobresalta con cualquier amenaza que pueda percibir.

A diferencia de las personas que solo se desean y atraen, el enamorado provoca un profundo interés. Sus cosas, gustos, sentimientos, historia, deseos, etc., interesan vivamente. El amado no es visto solo en función de quien le ama, sino también en función de sí mismo. Por ello se hacen tantas preguntas, se escucha sin cansancio y se está dispuesto a una comunicación sin fin. También se está dispuesto a hacer lo que sea necesario por el amado, sin medir costos ni esfuerzos. Este interés por el otro impulsa en el enamorado el deseo de dar lo mejor de sí mismo, de ser merecedor de él, de encantarle cuanto se pueda.

Toda esta intensidad emocional de fusión, exclusividad, deseo de proximidad se complementa con la dimensión erótica inherente al proceso de enamoramiento. Para la persona enamorada la experiencia erótica adquiere un significado muy especial. La intimidad erótica, la proximidad corporal contribuyen a la ilusión de fusión total. Tal vez el significado del coito hace referencia a su sentido etimológico (coito, del latín *coire*, ir juntos). La introducción del pene en la vagina, más allá del valor que esta conducta tenga en términos de rendimiento sexual, simbolizaría esta sensación de fusión total.

El inicio del proceso de enamoramiento tiene muchas variantes individuales, puede ocurrir de forma súbita, lo que popularmente se conoce como

un flechazo, o de modo imperceptible, sin que puedan señalar un encuentro o momento concreto.

La duración de este proceso es muy variable. En unos casos es un proceso de muy corta duración, semanas o meses, mientras en otros parece perdurar a lo largo de los años, mediatizado por otros afectos como la amistad y el apego.

En definitiva el enamoramiento, por tanto, supone un cambio psicológico fundamental que afecta a numerosos aspectos, como se indica en el siguiente cuadro 5.1.

No cabe duda alguna de que la consideración de la psicología como una disciplina científica y la aplicación del método científico en el ámbito de la investigación han hecho evolucionar considerablemente el conocimiento del psiquismo humano. Sin embargo, la psicología no es una ciencia exacta y los instrumentos de medida en general son bastante limitados. Por ello los aspectos más subjetivos de la psicología humana, que no se expresan directamente en conductas observables, no han formado parte del interés de la investigación empírica dada la dificultad de su aprehensión. Tal vez por ello experiencias subjetivas como el amor, el enamoramiento, la pasión hayan sido mejor descritos por la literatura, la antropología y la filosofía que por la propia psicología.

Algunos autores han estudiado los contenidos de la experiencia amorosa que se inicia con el enamoramiento aplicando metodologías distintas. Entre estas formas de estudio destacan los esfuerzos por conocer psicométricamente los contenidos de esta experiencia y la descripción de los tipos, estilos o patrones de conducta que tienen las distintas personas en las relaciones amorosas. Una de las propuestas más fructíferas en el intento de operacionalizar los factores que integran la experiencia amorosa es la realizada por Sternberg (1986) en su modelo conocido como el triángulo del amor.

Este autor, aplicando métodos factoriales similares a los usados para el estudio de la inteligencia, ha propuesto una de las teorías más atractivas sobre los contenidos o componentes de la experiencia amorosa. A partir del estudio de las características y contenidos cualitativos que pueden definirla encontró que estas se agrupaban en tres factores a los cuales los cuales denominó: pasión, intimidad y compromiso.

Estos tres factores pueden ser representados gráficamente como un triángulo equilátero en cuyos vértices se colocan cada uno de los factores. Ello ha dado lugar a la denominación de esta teoría como «El triángulo del amor». La aportación de esta teoría consiste, por un lado, en definir tres factores diferenciados, por otra, en que la combinación de los tres factores indica diversos estilos o modos de amar (véase figura 5.1). Definamos de modo sucinto cada uno de los factores.

Cuadro 5.1. El enamoramiento

FENOMENOLOGÍA DEL ENAMORAMIENTO

1. Supone el deseo y la atracción.
2. Implica la exclusividad del objeto.
3. Es un estado general de «encantamiento» o «fascinación».
4. Se convierte en el eje de actividad mental:
 - Atención preferencial al amado.
 - Percepciones especiales y distorsiones.
 - Asociaciones continuas con el amado/a.
 - Mantenimiento en la memoria de lo vivido.
 - Recuerdos continuos en su ausencia.
 - Fantasías y sueños con el amado/a.
 - Preocupaciones u obsesiones si hay miedo a la pérdida.
 - Significados e interpretaciones distintos de la vida y de las cosas.
 - Tendencia a proyectos de futuro.
5. Es el eje de la vida emocional:
 - Emociones positivas: Bienestar y éxtasis con su presencia y con la seguridad en la relación.
 - Emociones negativas: Ansiedad y tormento en su ausencia o ante el miedo a la pérdida.
6. Implicaciones vitales:
 - Alto poder motivador.
 - Influencia en la toma de decisiones.
7. Implicaciones relacionales:
 - Deseo de proximidad y conductas de proximidad.
 - Deseo de unión.
 - Deseos de entrega.
 - Deseo de posesión del otro.
 - Deseo de intimidad corporal, sexual y afectiva.
 - Interés por las cosas del otro.
 - Interés por ser digno del otro.
 - Deseo de compromiso eterno con el otro.
8. Implicaciones ambientales: Da significado a todo lo que toca:
 - Música que se comparte.
 - Paisajes que se habitan juntos.
 - Regalos que se intercambian.

F. LÓPEZ y A. FUERTES, *Para comprender la sexualidad*. Estella, España: Verbo Divino, 1989.

Pasión: Se refiere fundamentalmente a la dimensión erótica de la experiencia del amor. Incluye el deseo, la atracción erótica y la necesidad de vivir la experiencia erótica en toda su intensidad.

Intimidad: Incluye la comunicación, la comprensión y el respeto, los sentimientos de vinculación, unión y proximidad y el apoyo emocional, el deseo de bienestar del otro, etcétera.

Compromiso: Incluye la decisión de querer al otro, la voluntad expresada en conductas para mantener la unión y los compromisos implícitos y explícitos de carácter personal y social.

Estos tres componentes pueden dar lugar a siete combinaciones amorosas o tipologías de relación:

1. *Amor pasional* en el que el componente pasional es lo predominante o exclusivo. La persona amada ejerce un gran poder de atracción erótica. Así se inician numerosas relaciones de pareja, alcanzando posteriormente diferentes grados de intimidad y compromiso. Si estos otros componentes no se desarrollan, las relaciones de pareja suelen ser temporales y estar sujetas a numerosas influencias situacionales.
2. *Amor amigable* en el que lo esencial es la relación de comunicación, comprensión y apoyo emocional. Los miembros de la pareja son más amigos que amantes.
3. *Amor formal* o de compromiso en el que el componente predominante es la decisión de amarse, las conductas que se hacen juntos y los compromisos personales y sociales.
4. *Amor romántico* cuyos contenidos esenciales son la pasión y la intimidad, en ausencia de compromiso. Se trata de un amor pasional, lleno también de contenidos emocionales y de comunicación.
5. *Amor apego*, en este tipo los contenidos de intimidad y compromiso llenan de comunicación y seguridad la relación, aun en ausencia de pasión erótica. Es una especie de compromiso de amistad firme que tiene grandes analogías con el vínculo del apego.
6. *Amor fatuo* o carente de intimidad. Los componentes esenciales son en este caso la pasión y el compromiso, pero en ausencia de los contenidos propios de la intimidad.
7. El *Amor pleno* se consigue cuando los tres componentes amorosos se dan en un alto grado. Es la forma ideal de amor, tal y como es entendida por este autor: pasión, intimidad y compromiso con la persona amada.

En una reciente revisión, Sternberg (Sternberg y Weis, 2006) actualiza y desarrolla los componentes del amor y sus posibles combinaciones. Un resumen de la combinación entre ellos se muestra en el cuadro 5.2.

Cuadro 5.2. Taxonomía de los tipos de amor según los diferentes triángulos del amor

<i>Tipo de amor</i>	<i>Intimidad</i>	<i>Pasión</i>	<i>Compromiso</i>
Sin amor	No	No	No
Amor amistad	Sí	No	No
Amor apasionado	No	Sí	No
Amor vacío	No	No	Sí
Amor romántico	Sí	Sí	No
Amor de compañeros	Sí	No	Sí
Amor fatuo	No	Sí	Sí
Amor pleno	Sí	Sí	Sí

Fuente: R. J. Sternberg y K. Weis (eds.) *The new psychology of love*. New Haven, CT, US: Yale University Press, 2006.

El amor y el sexo son realidades diferentes que tienen un origen diferente y que responden a objetivos también distintos (Gómez-Zapiain, 2009). Forman parte de sistemas motivacionales diferentes¹. Si consideramos los factores propuestos por Sternberg, observaremos que el factor «Pasión» se corresponde con el sistema sexual, el factor «Intimidad» se corresponde básicamente con el sistema de apego, y el factor «Compromiso» podemos considerarlo como parte del soporte cognitivo de la experiencia, relacionado con el sector volitivo de la personalidad, es decir, con la voluntad de querer, la decisión de amar, relacionado, por tanto, con el sistema de cuidados (véase figura 5.1). La teoría triangular de Sternberg corrobora nuestras apreciaciones en este sentido, es decir, la pasión, que se asocia principalmente al deseo erótico, es un factor independiente de la intimidad, que se asocia a las necesidades del apego. En este sentido podemos mantener que el deseo erótico y el amor romántico son dos fuerzas independientes que pueden actuar, o no, sinérgicamente. Sternberg no lo especifica de esta manera cuando él propone el amor pleno, este estilo de amor es la resultante de la sinergia de ambas fuentes motivacionales.

Lo esencial del amor y del enamoramiento es la búsqueda del otro, el contacto, la fusión, la proximidad. Se trata de lograr un estado de comunicación íntima, de conexión con la experiencia intersubjetiva. Siendo esta la naturaleza misma de la experiencia amorosa, la teoría de apego no podía quedar al margen. Esta perspectiva ofrece un marco teórico de indudable valor para su comprensión. La relación entre dos amantes es la reproducción en el mundo adulto, salvadas las distancias, de la relación entre el niño/a y su figura de apego. La diferencia entre la relación primigenia de la

¹ Posteriormente se abordará la definición de los sistemas.

infancia y la adulta estriba en que en la infancia la relación es asimétrica (uno cuida, el otro es cuidado), mientras que entre adultos la relación es, o debería ser, simétrica (yo te cuido, tú me cuidas). Si los modelos operativos internos regulan las interacciones de las personas, no podían dejar de hacerlo precisamente en la experiencia amorosa. Por lo tanto, así como Sternberg propone diversos estilos de amar en función de la combinación de factores, desde la perspectiva del apego se puede afirmar que el estilo o modo de amar dependerá de los estilos de apego.

En la figura 5.1 se expresa la relación entre los estilos de amar propuestos por Sternberg (1986, 2006), formulado en el ya clásico triángulo del amor y los sistemas motivacionales que intervienen en la experiencia afectivo-sexual que se desarrollan en el capítulo sexto.

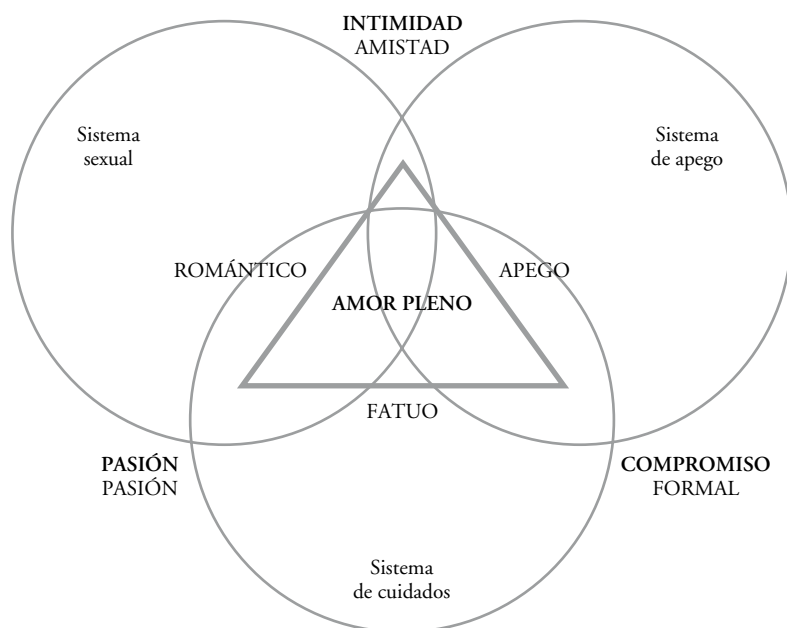


Figura 5.1. Relación entre los estilos de amar de Sternberg (1986) y los sistemas motivacionales apego, sexual y de cuidados.

1. La experiencia amorosa desde la teoría del apego

Para comprender la importancia del proceso de vinculación afectiva en la experiencia amorosa es esencial comprender los conceptos básicos de la teoría del apego que aquí recordaremos sucintamente².

² Estos conceptos han sido desarrollados en mayor profundidad en J. Gómez-Zapiain, *Apego y sexualidad. Entre el vínculo afectivo y el deseo sexual*. Madrid: Alianza Editorial, 2009.

1.1 La respuesta sensible

En los seres humanos el proceso de vinculación afectiva es más complejo que la mera yuxtaposición de sistemas de conducta diseñados para la supervivencia de las crías que nacen en precario, en especies subhumanas. No es suficiente con respuestas estereotipadas a estímulos concretos. La interacción humana entre el bebé y su cuidador requiere de una interacción cualitativamente superior, resultado de la aparición del neocórtex. Mary Ainsworth (1989) definió como «respuesta sensible» este tipo de relación especial. Postuló a partir de sus trabajos que la respuesta sensible es uno de los elementos más importantes para generar vías de desarrollo en el bebé. Esta incluye la sensibilidad por parte del cuidador para percibir las señales del bebé e interpretarlas adecuadamente. La respuesta sensible cumple dos funciones muy importantes. Por un lado permite el acceso al estado mental del bebé para interpretar correctamente su necesidad. Por otro, atribuirle un significado a ese estado mental puesto de manifiesto a través de las expresiones del bebé. La atribución de significado implica la puesta en marcha de procesos afectivo-cognitivos complejos, basados, a su vez, en los modelos operativos internos de los padres que permite a estos entender o no los estados mentales del niño y reflexionar sobre ellos para actuar en la interacción de modo coherente o incoherente.

La respuesta sensible, que se produce a partir de la capacidad del cuidador³ de comprender e interpretar adecuadamente las señales de demanda del bebé, se convierte para este en un organizador psíquico en su desarrollo. Desempeña un papel importante en la evocación de sentimientos de integración del Yo, así como también propicia respuestas confiadas, amorosas, cooperativas y recíprocas, por parte del bebé.

La dinámica del proceso de vinculación afectiva entre las personas se desarrolla y transforma a lo largo del ciclo vital. La capacidad de respuesta sensible, resultado de la calidad de la historia del desarrollo socio-afectivo, es esencial para la comprensión de la experiencia amorosa.

1.2 La base de seguridad

Una de las ideas centrales de la teoría del apego se refiere a la base de seguridad. La percepción por parte del bebé de disponer de una figura de ape-

³ En este punto nos estamos refiriendo a la respuesta sensible en la relación primaria entre el cuidador/a (figura de apego) y el bebé. Sin embargo, en capítulos posteriores, mantendremos que la capacidad de respuesta sensible es esencial en la relación simétrica entre adultos vinculados, es decir, parejas, amantes, etcétera.

go, sensible, disponible, incondicional y duradera, le otorga una sensación de seguridad que le permite sentirse protegido ante las adversidades. Esta certeza, como es lógico, se adquiere a través de la experiencia en la interacción. La propia relación ofrece al niño la posibilidad de sentirse promotor de las conductas de cuidado de la figura de apego. Cuando la expectativa de ser receptor de los cuidados se cumple de una manera consistente, se instauran en el psiquismo representaciones mentales ligadas a la seguridad cuyo conjunto constituirán los modelos internos que organizan una estructura que se expresa en el estilo de apego seguro. Posteriormente, veremos que este estilo se caracteriza por un grado elevado de autoestima respecto al modelo de sí mismo y un grado también elevado de confianza respecto al modelo de los demás. No cabe duda de que ambos elementos, autoestima y confianza, son ingredientes esenciales en la relación de pareja.

La base de seguridad permite al individuo estructurar de forma coherente su propio Yo. La respuesta sensible ejerce de organizador del psiquismo de modo que las personas seguras poseen un Yo mejor estructurado y menos vulnerable⁴. Desde el punto de vista del desarrollo, tal capacidad mejora las posibilidades de exploración del mundo. Los psicólogos evolutivos indican que ello es esencial para el desarrollo personal y social.

La función primaria de las relaciones de apego es aportar una base de seguridad que permita gestionar adecuadamente situaciones de percepción de miedo a la pérdida o abandono y la ansiedad suscitada. La seguridad básica puede ser evaluada teniendo en consideración la capacidad que tiene una persona para obtener de sus figuras de apego, de modo eficaz, la base de seguridad necesaria a partir de la cual poder afrontar situaciones de estrés.

Cuando un niño ha construido modelos operativos internos positivos con el cuidador, basados en la confianza, buscará su contacto, lo usará eficazmente como fuente de consuelo en situaciones de amenaza y como base para la exploración en situaciones seguras. Esta estructura mental basada en la seguridad se transfiere a las relaciones adultas de pareja.

Las personas inseguras no poseen estas capacidades, muestran comportamientos defensivos basados en la ansiedad o la evitación, son ineficaces respecto a las estrategias de búsqueda de apoyo y su comportamiento es

⁴ En el ámbito de la clínica, un yo coherente significa que las representaciones mentales de las experiencias vividas, que constituyen los modelos internos, forman una estructura organizada que da coherencia al «yo», a través del cual se establecen relaciones autónomas respecto a los demás. En el espacio clínico, un indicador de la coherencia, o incoherencia, del yo es la calidad y la coherencia de la narrativa utilizada por el sujeto al tratar de describir su propia historia afectiva y las relaciones con las principales figuras de apego.

desorganizado (Gómez-Zapiain, Ortiz Barón y Gómez Lope, 2012). Probablemente la inseguridad en el apego interfiera en los modos de amar.

La seguridad en el apego se refiere a la percepción que un individuo tiene de sentirse competente para promover una respuesta positiva de las figuras de apego. Sin embargo esta percepción de seguridad no es constante: depende del momento, del estado de ánimo, de circunstancias vitales tanto laborales, como familiares (Marrone, 2001).

Refiriéndose a la seguridad del apego, Sandler, quien describió la seguridad como «un sentimiento de bienestar, un tipo de tono del ego». Este sentimiento se puede referir a un estado subjetivo de seguridad o tal vez a la estabilidad en el plano afectivo. En relación con el concepto de seguridad, Mario Marrone propone una reflexión de sumo interés. Como dice Sandler: «... [la seguridad] es una cualidad de sentimiento que podemos ver en oposición al afecto de ansiedad, angustia o preocupación, que representa en algún sentido su lado opuesto».

En realidad, no debería considerarse el sentimiento de seguridad en oposición a la inseguridad que procede de la vulnerabilidad hacia la ansiedad. La teoría del apego mantiene la idea de que una buena experiencia de apego provee al individuo de representaciones mentales positivas respecto a uno mismo y los demás y ello constituye la base de seguridad que se expresa en el modo de relacionarse expresado en estilos de apego. Las personas que desarrollan una buena base de seguridad poseen mayores recursos para afrontar la angustia o ansiedad que surge de la percepción de situaciones de amenaza o abandono.

En síntesis, el concepto de seguridad en el apego no solo se refiere a la confianza básica hacia los demás sino: a) a la percepción que el individuo tiene acerca de sus propias capacidades relacionales, y b) no solo de la percepción sino de las capacidades reales.

1.3 Los modelos internos y los estilos de apego

Las personas, en su experiencia, interiorizan multitud de representaciones mentales del mundo exterior y también del mundo interior. Por tanto, los modelos operativos internos son un conjunto de representaciones mentales de experiencias subjetivas, que hacen posible el filtrado de la información que se procesa acerca de uno mismo y del mundo exterior y que permiten la adaptación y la estructuración personal.

En la teoría del apego, el concepto de modelo operativo interno se utiliza de modo más específico para referirse a un sistema de representaciones mentales sobre uno mismo en relación con los otros significativos que configuran el modelo de uno mismo y el modelo de los demás.

Los modelos operativos son mapas cognitivos, representaciones, esquemas o guiones que un individuo tiene de sí mismo y de su entorno. Los modelos operativos hacen posible la organización de la experiencia subjetiva y de la experiencia cognitiva, además de la conducta adaptativa... Una función de estos modelos es posibilitar el filtrado de información acerca de uno mismo o acerca del mundo exterior. Pueden coexistir varios modelos operativos de la misma cosa (particularmente de uno mismo y de otras personas). Pueden mantenerse apartados unos de otros o unirse a través de procesos integra-dores o sintéticos.

MARRONE, 2001.

Sin embargo, el modelo interno de la relación con la figura de apego no es simplemente una representación episódica y objetiva de lo que «ocurre» en la relación, sino la historia de las respuestas del cuidador a las acciones o tentativas de acción del bebé hacia la figura de apego (Main, Kaplan y Cassidy, 1985). La historia de las respuestas del cuidador conformarán los modelos internos, estos generarán expectativas y creencias acerca de sí mismo y los demás que se expresarán en modos distintos de situarse y de responder a demandas de implicación interpersonal. La expresión del conjunto básico de las representaciones mentales que configuran los modelos internos se denomina estilos de apego.

Los patrones básicos de vinculación afectiva, que se forjan en la infancia, estructuran el desarrollo personal y social a lo largo de toda la vida. No obstante, se producen cambios y transformaciones a lo largo del desarrollo. A lo largo de la adolescencia se inicia la estructuración de lo que será la experiencia amorosa en el futuro. En esta etapa, desde el punto de vista de la teoría del apego, ocurren los siguientes acontecimientos:

En primer lugar, se origina una reestructuración de los vínculos afectivos. Los vínculos familiares, con la madre, padre o figura de apego significativa, se transforman. Se produce una transición paulatina de las características del apego, de los padres hacia los iguales. Las características propias de la figura de apego, base de seguridad, puerto de refugio, se desplazan. En la adolescencia aparecen las primeras amistades íntimas y los primeros sentimientos de atracción interpersonal y sin duda los primeros enamoramientos.

Los estilos de apego se ponen en juego en las relaciones interpersonales, fuera de la protección del ámbito familiar. En el capítulo dedicado a la identidad sexual se ha tratado de la importancia de la reestructuración de la identidad cuyo núcleo principal es el *yo*, es decir, la conciencia que una persona tiene de ser única y diferente de los demás. Es precisamente en las relaciones interpersonales donde se pone en juego la identidad, el propio *yo*. Podemos estructurarlo en tres zonas: el *yo público*, el *yo social* y el *yo íntimo* (véase figura 5.2). Las relaciones menos comprometidas se desarro-

llan en la esfera del *yo público*, donde la distancia al núcleo del *yo* es mayor, por tanto, la amenaza es percibida de manera menos intensa. Por ejemplo las relaciones con las personas conocidas, como las de otras clases del instituto, etc. El *yo social* es un espacio intermedio, en este se establecen relaciones con personas que tienden a ser significativas, no indiferentes. La distancia al núcleo del *yo* es menor, por lo tanto, la amenaza puede sentirse más próxima. Ejemplos de este espacio pueden ser las relaciones del grupo reducido de clase, del grupo de amigos, de las amistades próximas. Por fin, el *yo íntimo* es el espacio reservado a las personas altamente significativas. Es un espacio delicado, de alta vulnerabilidad al ser el más próximo al núcleo del *Yo*. El espacio de la intimidad es el lugar donde cada persona se muestra tal cual es, sin trucos, sin ropajes. Las personas más inseguras podrían sentir miedo a penetrar, o dejar que alguien penetre, en esta zona, miedo a la intimidad en definitiva, porque, si uno es visto como realmente es, podría ser rechazado, abandonado. La posibilidad de permitir que alguien entre en este espacio depende de la seguridad básica que a su vez depende del modelo interno expresado a través del estilo de apego.

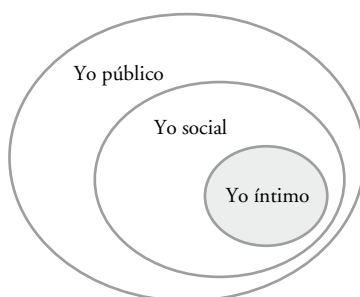


Figura 5.2. La estructura del Yo.

En efecto, las personas inseguras, caracterizadas por un nivel bajo de autoestima, podrían percibir el espacio de la intimidad como amenazante siguiendo el siguiente razonamiento no consciente: «Si permito que alguien entre en mi espacio de intimidad, se va a dar cuenta de que en realidad no valgo la pena, por tanto, me abandonará». A poco que observemos a las personas que nos rodean, podemos identificar con claridad el diferente grado de vulnerabilidad individual. Como es obvio, las personas más seguras son menos vulnerables al miedo al rechazo o abandono. Se sienten bien en el espacio de intimidad, no tienen que organizar constantemente estrategias defensivas.

Vemos pues que las transformaciones que se producen en la adolescencia respecto a la vinculación afectiva en la adolescente harán posible que broten intensos sentimientos como la amistad, el enamoramiento y el amor.

Estas emociones se sustentan en los cambios biofisiológicos tales como el fuerte incremento de la actividad dopaminérgica, responsable de búsqueda de nuevas experiencias y exposición al riesgo, y la oxitocina ligada a los comportamientos de vinculación.

En relación con el amor y el enamoramiento, y desde la perspectiva de la teoría del apego, Hazan y Shaver (1987) hicieron aportaciones muy valiosas acerca de las relaciones amorosas o románticas en los años ochenta y noventa del pasado siglo. Ellos mantuvieron que la experiencia del amor entre dos personas es la expresión de las relaciones de apego entre adultos. El enamoramiento, entendido este como un estado, es una fuerte motivación que impulsa al individuo hacia la persona amada con el fin de establecer un vínculo estable y duradero. La relación entre los amantes se caracteriza por la proximidad, por la intimidad y por la necesidad de seguridad en el otro. Como vemos, precisamente estas características son las que se establecen entre la figura de apego y el bebé, solo que entre adultos⁵. Por ello, según los autores citados, los modos de amar estarán condicionados por los estilos de apego.

Bartholomew (1991, 1997) plantea una interesante versión actualizada de los estilos de apego en adultos en cuatro categorías. Su planteamiento surge de la siguiente reflexión: si el modelo interno, siguiendo a Bowlby, está compuesto por dos variables, el modelo de sí mismo y el modelo de los demás, y si estas se relacionan entre sí de modo ortogonal, de esta relación resultan cuatro categorías y no tres. Tal y como ya hemos indicado, el modelo interno se conforma por la integración del modelo de sí mismo en términos de autoestima y del modelo de los demás en términos de confianza hacia los otros. Conviene detenernos en estas dos dimensiones para comprender mejor la dinámica de las relaciones interpersonales (véase figura 5.3).

El modelo de sí mismo, expresado en términos de autoestima, indica la capacidad del individuo de regular el grado de dependencia hacia los demás. Una persona segura aceptará el grado óptimo de dependencia del otro, necesario para satisfacer las necesidades afectivas, y garantizar su autonomía personal.

El modelo de los demás que se expresa en términos de confianza de tal modo que las personas podrían mostrarse confiadas o desconfiadas hacia los demás. En las relaciones interpersonales la confianza se expresa en términos de evitación. Una persona segura no tendría motivos para evitar las relaciones de proximidad.

⁵ La teoría del apego asume que los prototipos de apego establecidos en las edades tempranas se mantienen como tendencias de personalidad a lo largo del ciclo vital, matizados por las propias experiencias.

En consecuencia podemos plantearnos las siguientes cuestiones: ¿Cuál es el grado óptimo de dependencia? ¿Cómo se debe articular la autonomía personal respecto al reconocimiento de la necesidad de un determinado grado de dependencia de los demás? El objetivo final consiste en llegar a ser una persona adulta autónoma y equilibrada. Las personas extremadamente dependientes podrían alienarse a sí mismas en la otra persona, difuminando sus propios límites personales perdiendo, por tanto, su autonomía. Las personas extremadamente evitativas, podrían tener serias dificultades para empatizar emocionalmente, enamorarse, etc. El desarrollo de una predisposición a confiar con realismo en las personas, es un elemento necesario en las relaciones interpersonales, puesto que permiten satisfacer necesidades afectivas. Las personas que tienden intensamente a la evitación podrían sufrir seriamente de soledad. Resulta evidente que los diferentes estilos de amar dependerán de la relación entre dos dimensiones básicas: la ansiedad en las relaciones de proximidad y la tendencia a la evitación.

En la figura 5.3 observamos la propuesta de Bartholomew respecto a las dimensiones, dependencia y evitación, como dos factores que se relacionan de modo ortogonal.

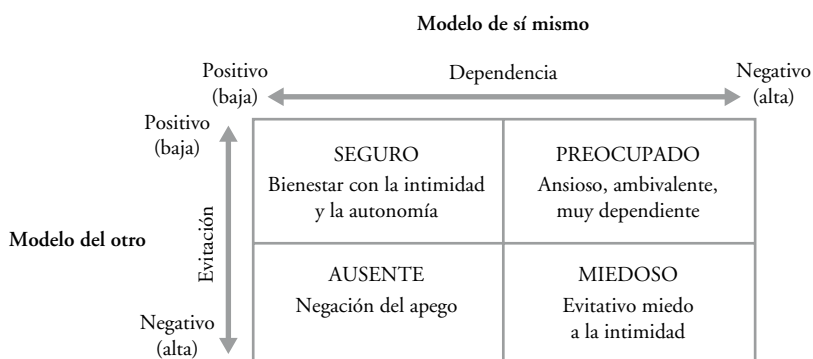


Figura 5.3. Estilos de apego según Bartholomew.

Cada individuo podría situarse en la zona alta o baja de la escala de dependencia y de la escala de evitación dando lugar a los cuatro estilos o prototipos⁶ de apego propuestos por Bartholomew:

- *Seguro*: Persona que siente bienestar con la intimidad y la autonomía. Se caracterizan por un bajo nivel de dependencia y un bajo nivel de evitación.

⁶ Los prototipos que aquí se presentan son obviamente una estereotipación de las características de los perfiles que se indican. Tienen valor didáctico. Desde el punto de vista clínico, la determinación de los estilos de apego es bastante más compleja.

- *Preocupado*: Persona que tiende a mantener relaciones ansiosas y ambivalentes en situaciones de proximidad, en general muy dependiente. Se caracterizan por un alto nivel de dependencia, bajo nivel de evitación.
- *Ausente*: Persona que niega la necesidad de apego, mostrándose muy evitativa. Muestra una autosuficiencia defensiva, no cree en las necesidades afectivas. Posee un bajo nivel de dependencia y un alto nivel de evitación.
- *Miedoso*: Persona que evita la relación porque teme la intimidad. Reconoce que necesita de los demás, pero le aterra la proximidad. Posee un alto nivel de dependencia y un alto nivel de evitación.

El estilo de apego, además de las tendencias comportamentales descritas, genera un patrón de expectativas ante las relaciones interpersonales de tal manera que las personas seguras se mostrarán confiadas y abiertas, las ansioso-ambivalentes se mostrarán desconfiadas, focalizando la atención en los signos que pudieran significar distancia o abandono, y las evitativas serán también desconfiadas y tenderán a ser incapaces, o por lo menos tendrán serias dificultades, a la hora de interpretar las señales de afecto o cariño provenientes de otras personas. Estas expectativas pueden confirmarse o no en la experiencia directa. Si se confirman, se tenderá a afianzar el modelo interno, pero si no lo hacen, la experiencia puede modular las tendencias.

2. Modos o estilos de amar desde la teoría del apego

Desde el punto de vista de la teoría del apego, los modos o los estilos de amar están mediatizados por los modelos internos, formados evolutivamente en la relación primaria con la figura de apego.

La aportación de Shaver y Hazan (1987) ha sido de un enorme valor en la comprensión de la experiencia amorosa de la pareja adulta. Estos autores consideraron que la experiencia del amor se estructura de modo similar al establecimiento de los vínculos en la infancia. Ello significa que cada persona enamorada cumple respecto a su pareja con las funciones propias de la figura de apego: base de seguridad, puerto de refugio, ansiedad de separación. La diferencia estriba en que, así como en la infancia la relación es asimétrica entre el cuidador y el cuidado, entre adultos la relación debería ser simétrica. Los desequilibrios respecto a esta simetría podrían explicar los conflictos de pareja.

En las últimas tres décadas se han desarrollado gran cantidad de estudios en relación con el apego adulto. Los resultados de estos estudios parecen confirmar que:

- a) Hay una estabilidad bastante grande en el patrón relacional básico a lo largo de toda la vida, especialmente después de la adolescencia.
- b) La historia y el estilo de apego se relacionan con la experiencia amorosa que tienen las personas adultas en el sentido esperado por la teoría: experiencia amorosa más positiva en el caso de las personas que tienen una historia de apego más positiva y estilo de apego seguro.
- c) El modelo mental que las personas tienen de sí mismas, de los demás y de las relaciones amorosas, se relaciona con la historia y el estilo de apego en el sentido esperado por la teoría: el modelo mental más positivo respecto al amor se corresponde con el de las personas con una historia de apego positiva y un estilo de apego seguro.

Del mismo modo que las teorías del amor que acabamos de ver, los estilos de apego se pueden considerar como prototipos o estilos de amar. Sus características son las siguientes:

Así como las teorías del amor proponen diversos «estilos» o maneras de amar, desde la teoría del apego también se proponen perfiles en el modo de amar. Congruentemente con la teoría, estos coincidirán con los estilos de apego. Siguiendo a Félix López, se sintetizan a continuación los diferentes modos de amar.

2.1 Modo de amar desde la seguridad del apego

Se corresponde con el estilo de apego seguro, por tanto se asocia a relaciones confiadas y positivas. Se caracterizan porque tienden a poseer mayor *autonomía previa*. Son personas con más capacidad para vivir sin establecer vínculos amorosos de pareja, aunque están predispuestos a ello. Tienen más capacidad para vivir solas de forma constructiva, si no encuentran razones para formar pareja. Mayor capacidad para *seleccionar la pareja*. Disponen de mejores habilidades sociales, no se precipitan. Mayor *estabilidad* en los vínculos. Mayor capacidad de conexión con la otra persona, mayor capacidad de vivir la intimidad con mayor profundidad. *Ideas más realistas* y favorables sobre el amor. Tiende a vivir la experiencia de pareja con naturalidad manteniendo la autonomía personal. Mayor *satisfacción* con el vínculo. La seguridad permite valorar la calidad de la experiencia de proximidad psicológica no distorsionada por el miedo a la pérdida. Mayor *capacidad para la ruptura* razonable. Si tienen razones para deshacer la relación de pareja, lo hace con más facilidad que los ansiosos y mejor que los evitativos. La seguridad en el apego no libra del sufrimiento de la pérdida, sin embargo aporta mayor capacidad para la elaboración y la recuperación.

2.2 Modo de amar ansioso-ambivalente

Responde al estilo de apego ansioso-ambivalente. Se asocia a relaciones dependientes y a una continua necesidad de confirmación de que se es amado/a. Se caracterizan por una mayor *dificultad con la autonomía personal*. Las personas que tienen este estilo de apego se sienten inseguras e inestables en general. Soportan mal la soledad y tienen dificultades para construirse una vida sin pareja. Mayor *precipitación* en la búsqueda de pareja. El temor al abandono les impulsa a aferrarse ansiosamente a otra persona, aunque esta no sea la adecuada. Solicitan permanente señales de amor y cariño pero siempre son percibidas como insuficientes. Mantienen un miedo difuso a no ser suficientemente queridas y mantienen una actitud de permanente vigilancia. Esta sensación de amenaza hace que tiendan a ser personas muy celosas. Los celos pueden entenderse como un modo de defensa ante la amenaza de pérdida. Mayor *dificultad para deshacer* una relación. Aunque existan razones objetivas para la ruptura, podrían deformar la percepción de la realidad con el fin de evitarla como estrategia defensiva ante el miedo al abandono y la soledad.

2.3 Modo de amar evitativo

Se corresponde con el estilo evitativo. La tendencia a la evitación se relaciona con relaciones desconfiadas y distantes. Las personas poseedoras de este estilo de amar se caracterizarían por mostrar una falsa autonomía personal. Construyen una imagen de autosuficiencia y seguridad a todas luces defensiva. Este modo de amar se caracteriza por el miedo a la intimidad emocional que se traduce en dificultades de expresión emocional, implicación en la intimidad erótica generándoles incomodidad y malestar en este espacio. Tienden a preferir relaciones más formales y distantes, incluso en la pareja. Por ello muestran dificultad para establecer relaciones. Les cuesta mucho tomar la decisión de formar una pareja, porque pueden percibirlo como una amenaza a su propia intimidad. El tipo de relaciones tienden a ser frías y distantes, con menor comunicación emocional. Les cuesta manifestar sus sentimientos y afectos y le crea malestar el que lo haga su pareja. Se caracterizan también por tener ideas pesimistas sobre el amor. Tienden a pesar que las relaciones amorosas no existen realmente, son cosa del cine o la literatura. Aparente facilidad para la ruptura. Estas reacciones tan típicas de este modo de amar se corresponden con personas en las que, bajo una aparente manifestación de seguridad y autosuficiencia, se oculta una intensa inseguridad.

Ejercicios de autoevaluación

1. ¿Cuáles son las principales componentes de la teoría del amor propuesta por Sternberg?
2. ¿Cómo se puede explicar el amor desde la teoría del apego?
3. ¿Qué diferencia existe entre el amor y el enamoramiento?
4. ¿En qué modo pueden interferir los estilos de apego en la experiencia erótica?
5. ¿En qué consiste la respuesta sensible y cómo influye en el modo de amar?
6. ¿Cómo es el modo de amar de las personas con un perfil ansioso ambivalente?
7. ¿Cómo se pueden relacionar los estilos de amar propuestos por Sternberg y los sistemas sexuales, de apego y de cuidados?

6. Sexualidad en la infancia y adolescencia

Este capítulo será dedicado al estudio tanto de la sexualidad infantil como adolescente. No se pretende en él desarrollar un compendio de psicología evolutiva y del desarrollo, sino tan solo destacar los aspectos más relevantes para la Psicología de la sexualidad.

Aun a riesgo de reiteración, conviene recordar el concepto de sexualidad desarrollado en el primer capítulo. A partir de él, lo que resulta de interés para la Psicología de la Sexualidad es comprender el desarrollo del proceso de sexuación, que como se indicó implica el modo de ser mujer u hombre, en términos de identidad y la integración de la motivación sexual, expresado en forma de deseo erótico y sus correspondencias en comportamientos sexuales.

A modo de mapa de situación, el cuadro sinóptico de la figura 6.1 nos permite una visión global de la sexualidad en la infancia y adolescencia.

Como podemos observar, la sexuación se inicia en el periodo intrauterino a través del proceso de desdoblamiento en dos formas, resultado de la diferenciación sexual. Los cuerpos sexuados son la base de la construcción de la identidad sexual, tal y como se ha expuesto en el tercer capítulo. La génesis de la vinculación afectiva entre 0 y 2 años aportará elementos esenciales para el desarrollo de las experiencias eróticas en el futuro. Las bases para la seguridad básica, los modelos de relación en la intimidad y la calidad del contacto corporal se establecen en esos primeros momentos de la vida. Entre los 2 y los 6 años, la adquisición de la identidad sexual y de género y la introyección de la moral, en términos cognitivos, y los modelos de relación, juegan un papel relevante como reguladores de las relaciones interpersonales.

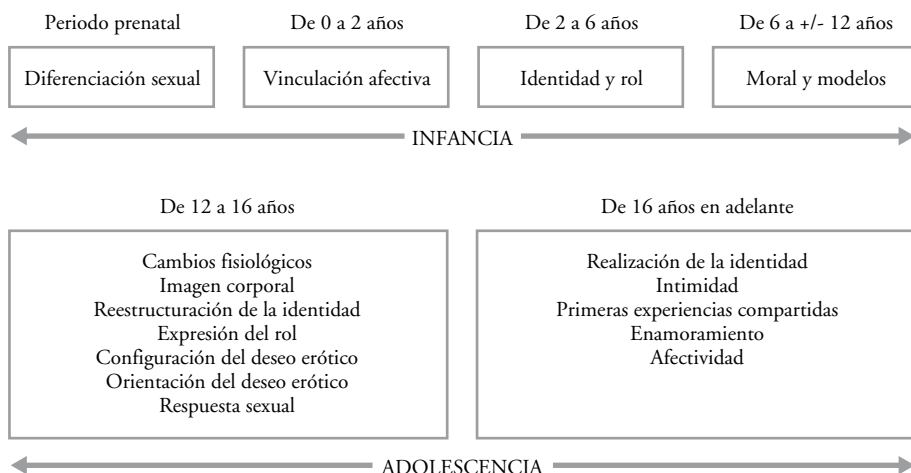


Figura 6.1. Desarrollo psicosexual en la infancia y adolescencia.

De 12 a 16 años adquieren relevancia los cambios que se producen a partir de la pubertad que provocarán la transformación del cuerpo, la adquisición de nuevas capacidades cognitivas y con ellas la necesidad de redefinir la propia identidad sexual y de género. En esta etapa adquiere particular importancia la aparición del erotismo puberal que requerirá la configuración del deseo erótico y el desarrollo de la capacidad de regulación. A partir de los 16 años podríamos dar por inaugurada la sexualidad adulta afianzándose a través de la realización de identidad, el desarrollo de la intimidad, las primeras relaciones compartidas, los primeros sentimientos amorosos.

1. Sexualidad infantil

La sexualidad infantil probablemente es uno de los aspectos menos estudiados en el ámbito de la psicología. Probablemente se deba, por un lado, a una cierta inercia puritana que tiende a ver en los niños seres ingenuos, inocentes, sin intereses eróticos, por otro lado sin duda se debe a una visión claramente adultocéntrica de la sexualidad. Si la sexualidad es como la viven los adultos, evidentemente no existe la sexualidad la sexualidad.

La mayor parte de la bibliografía que se encuentra en las décadas pasadas acerca de la sexualidad infantil se centra en postulados psicoanalíticos. Las manifestaciones de esta se explican desde la teoría de las pulsiones a partir de la cual se deducen las fases de evolución psicosexual: oral, anal y genital. La dinámica del complejo de latencia y el periodo de latencia, explicarían el resto. Fuera de este marco es difícil encontrar grandes aportaciones.

Una excepción en este sentido es Félix López, quien ha hecho aportaciones realmente importantes en este sentido. Sus aportaciones alumbrarán las siguientes páginas.

Para Félix López, uno de los mayores errores en la comprensión de la sexualidad infantil consiste en la visión de esta desde la perspectiva de los adultos. De este modo ha sido posible no considerar la importancia del valor de su estudio: como la sexualidad no puede ser como la de los adultos, esta no existe, por tanto no se estudia.

Sin embargo, la aproximación a su estudio permite valorar su importancia en el desarrollo general. Una de las aportaciones más valiosas de Félix López consiste en haber puesto el foco en el conocimiento de su existencia, el reconocimiento de sus manifestaciones y la valoración de su significado, tal y como él plantea, en la aproximación al estudio de la sexualidad infantil es necesario:

- a) *Constatar su existencia*: En contra de la creencia tradicional, hay numerosas manifestaciones sexuales en la infancia.
- b) *Conocer sus manifestaciones*: De esta forma podemos llevar a cabo una educación sexual más realista.
- c) *Reconocer su importancia*: Durante la infancia y la vida posterior.

En relación con una visión holística de la sexualidad, considerando la manera personal de ser mujer y hombre, donde la motivación erótica se integra, el modo en que se produce la diferenciación sexual y la adquisición de la identidad sexual y de género, tanto en la infancia como en la adolescencia, ha sido expuesto en el capítulo tercero. Por tanto, este capítulo se centrará en el desarrollo de la sexualidad, entendida desde su dimensión erótica y sus correspondencias en comportamientos y manifestaciones sexuales.

1.1 Características de la sexualidad infantil

Siguiendo de nuevo a Félix López, la sexualidad infantil está poco diferenciada y poco organizada en relación con la sexualidad del adulto, del mismo modo en que tampoco lo están el nivel intelectual, afectivo o motor. La diferencia entre los deseos eróticos y los sentimientos afectivos son menos claros que en los adultos. Como bien sabemos, el niño nace con un sistema de sensaciones placer-displacer a partir del que genera paulatinamente la diferenciación con otro tipo de sentimientos afectivos. Lo más propio a la hora de definir la sexualidad infantil es considerar que se trata de una dimensión difusa entre lo *sexual*, lo *afectivo* y lo *social* que se irá diferenciando con nitidez a lo largo del desarrollo. Los estudios conocidos de la psicología evolutiva, la etología, los estudios del comportamiento animal,

etc., avalan esta afirmación. Indicaremos a continuación las principales características de la sexualidad infantil:

1. La sexualidad infantil está poco diferenciada y poco organizada en relación con el adulto.
2. No existe una especificidad de sensaciones estrictamente sexuales, ni objetos externos que tengan para el niño o la niña un significado erótico.
3. En consonancia con el momento evolutivo, la sexualidad infantil se caracteriza por ser *autoerótica* y *egocéntrica*. Es egocéntrica como corresponde al universo infantil, donde el niño o la niña son el centro de su universo, todas sus vivencias se circunscriben a este principio. Es autoerótica, puesto que las sensaciones de placer corporal son vividas de modo intrínseco. Un niño no tiene todavía la capacidad de sentir placer del placer que siente el otro, no puede desear eróticamente a otra persona. Otra cuestión es que busque determinadas actividades o juegos compartidos sabiendo que ello le proporcionará sensaciones físicas muy gozosas. Se trata por tanto de la vivencia de las sensaciones placenteras que produce el propio cuerpo.
4. Las zonas erógenas corporales de mayor sensibilidad no son necesariamente los genitales. Tampoco existe una subordinación de otras zonas erógenas a los genitales.
5. Dada la falta de estructuración y la falta de especificidad de objetos eróticos y zonas erógenas, la sexualidad infantil, tal y como indica Félix López, responde a una dimensión sexual-afectivo-social. Los límites son bastante difusos y en ocasiones se confunden. La teoría del apego indica que una de las características de la activación del sistema de apego es la búsqueda de proximidad, de contacto. El contacto físico genera tranquilidad y sosiego, pero obviamente también placer. En esta situación las sensaciones físicas placenteras no tienen como objetivo la satisfacción erótica.
6. Las principales motivaciones que impulsan el comportamiento sexual infantil son: a) Satisfacer la curiosidad. b) Explorar su cuerpo y el de los demás. c) Imitar a otros. d) Buscar placer.
7. No parece que el denominado «periodo de latencia» propuesto por el psicoanálisis se corresponda con la realidad. Diversos estudios (López, Del Campo, Guijo, 2002) informan acerca del interés, frecuencia y variedad de los comportamientos sexuales a lo largo de toda la infancia. Tal vez el concepto de latencia tuvo sentido en la época en que el psicoanálisis aparece, caracterizada por un fuerte puritanismo, donde todo aquello relacionado con el impulso sexual se contemplaba desde la *psychopathia sexualis*. Tal concepción presentaba al «ins-

tinto sexual» como una fuerza peligrosa capaz de desestructurar a las personas. Tales concepciones han generado una inercia que de una u otra manera puede llegar a nuestros días. La sociedad actual dista mucho de la del inicio del siglo xx. Las costumbres en torno a la sexualidad han cambiado considerablemente. La infancia actual tiene un mayor acceso a estímulos con valor erótico como la observación de cuerpos desnudos, al contacto físico desformalizado y a la observación de manifestaciones eróticas en adultos a través de las nuevas tecnología de la información de los medios de comunicación. Por tanto la infancia actual puede manifestar un mayor interés por experiencias eróticas propias de la edad, aunque estas se desarrollen en su intimidad, protegidas de la observación de los adultos.

8. Los comportamientos sexuales infantiles son ocultados pronto por los propios niños. Parece que ellos perciben que su expresión escapa de la normalidad. Tal vez por ello no resulta fácil investigar en estas edades. López, Del Campo y Guijo (2002) corroboran esta apreciación. Sus datos acerca del comportamiento sexual infantil procedentes de la observación de padres y educadores son menos ricos que los aportados por jóvenes y adolescentes preguntados sobre los recuerdos de su propio comportamiento sexual. Este efecto tal vez se pueda explicar por la impregnación en la infancia por parte de los adultos de un cierto sentimiento consistente en que la expresión del placer erótico es inconveniente, inadecuada e incluso pernicioso¹.

1.2 Manifestaciones de la sexualidad infantil

La visión desde la perspectiva de los adultos de la sexualidad infantil tiende a considerar todo tipo de manifestación sexual infantil como expresión de intereses eróticos. Sin embargo, una visión desprovista de este prejuicio permite observar de un modo más objetivo las motivaciones reales que impulsan las manifestaciones sexuales infantiles. Como hemos indicado al describir las características, podemos agruparlas en los siguientes ámbitos: a) Satisfacción de la curiosidad. b) Exploración de su cuerpo y el de los demás. c) Imitación de roles. d) Búsqueda de sensaciones placenteras.

Sin duda, estos ámbitos de interés pueden ser considerados como necesidades propias de la infancia en materia de sexualidad. La educación sexual en esta etapa consiste en conocer y reconocer estas necesidades, respetar sus manifestaciones y contribuir a su desarrollo.

¹ Conviene revisar el capítulo dedicado al estudio de las actitudes hacia la sexualidad tanto el constructo erotofobia-erotofilia como el de los sentimientos de culpa sexual.

1.2.1 Necesidad de satisfacer la curiosidad

Los niños muestran una gran curiosidad por los temas sexuales. Desde un punto de vista cognitivo, las niñas y los niños están insertos en un medio repleto de datos, gran parte de los cuales son procesados generando una red de conocimientos que sustentan los conceptos. Los niños y las niñas observan la realidad y tratan de explicarla. Por eso emiten diversos tipos de preguntas que satisfagan su curiosidad.

La primera suele ser de carácter anatómico. Los niños y las niñas observan las diferencias corporales. Ante la observación de que los niños tienen pene y las niñas vulva, la duda es razonable: «¿Qué ocurrirá, que a mí se me va a caer, o que a ella le crecerá?». Las preguntas en este sentido son inevitables.

La segunda pregunta suele estar referida al origen de los niños. Los embarazos de la madre y los nacimientos de los nuevos hermanos son los principales acontecimientos que suscitan este tipo de preguntas. La tercera pregunta básica se refiere al lugar por donde salen los niños. La cuarta pregunta básica es: ¿Cómo se hacen los niños?

Estas preguntas serán tanto más espontáneas cuanto mayor confianza tengan los niños con sus padres. Es frecuente que después de un periodo en que hacen preguntas espontáneas, dejen de hacerlas cuando se dan cuenta de que los padres no son sinceros o les reprenden por este tipo de preguntas.

Existen otro tipo de preguntas referidas al placer: ¿Por qué se besan? ¿Qué es lo que hacen? La naturalidad en las respuestas de los padres y de los adultos en general dependerá fundamentalmente de la actitud hacia la sexualidad que ha sido desarrollado en el segundo capítulo. Mantengo la siguiente hipótesis: cuando los temas relacionados con la sexualidad más se aproximan a la experiencia íntima del deseo erótico, más se activan las defensas expresadas como actitudes negativas hacia la sexualidad. Es, por tanto, más fácil, menos comprometido, hablar a los niños de reproducción y de anatomía que de placer o sentimientos. Ello ocurre sin duda en todas las edades. Responder a estas preguntas diciendo la verdad es fundamental para una educación sexual que no se centre en la procreación.

Un fenómeno curioso, explicado por los psicólogos cognitivos, es el conocido como la construcción de teorías espontáneas, en el sentido piagetiano del término. Parten de los mismos niños y vienen a ser una síntesis, no necesariamente coherente, entre su fantasía y lo que han oído o visto. Son teorías que suelen compartir los niños de una misma edad y que resisten, durante un tiempo, a informaciones que las contradigan. Así, por ejemplo, es frecuente que los niños en edad preescolar, a pesar de que sus padres y maestros les hayan informado sobre la participación del padre en la fecundación, sigan creyendo que los niños nacen solo por la madre. Entre ellas

podrían destacarse las siguientes creencias propias de niños en edad preescolar: todas las personas, incluso las de sexo femenino tienen, o van a tener cuando sean mayores, un pene. El niño nace de la madre «como un excremento» por el ano, la boca, el ombligo, etc. El padre no tiene un papel en la fecundación. Las relaciones sexuales entre los padres, si se sospechan o se observan, pueden ser interpretadas como «violentas».

Un ejemplo de estas teorías espontáneas es el siguiente relato que una madre me hizo saber en relación con su hija de tres años. La niña preguntó a su madre si a ella le crecería el «pitolín». La madre vio, por fin, la posibilidad de hacer educación sexual con su hija: «Enséñame tu mano», le dijo. La niña la extendió. La madre puso la suya a su lado y dijo: «¿Ves?, mi mano es igual que la tuya, pero es más grande, cuando tú seas mayor tu mano será igual que la mía». «Enséñame tu “potota”», le dijo. La niña se bajó las bragas. La madre hizo lo mismo. «¿Ves?, igual que la mano, tu “potota” y la mía son iguales. La mía es más grande. Cuando tú seas mayor la tendrás tan grande como la mía y se te cubrirá de estos pelitos rizados», y añadió: «¿Ves?, las niñas tenemos “potota” y los niños tienen otra cosa, el “pitolín”. A las niñas no nos crece el “pitolín”. Tenemos nuestra “potota”». Después de esta demostración teórico-práctica la madre se quedó muy satisfecha pensando que había cumplido con su deber respecto a la educación sexual de su hija y que había resuelto bien un tema que a otras madres les resultaba engorroso. Sin embargo, pasados unos días, la niña estaba jugando con un vecinito de su edad en presencia de la madre. Esta estaba a lo suyo, con sus cosas, pero se quedó atónita cuando escuchó inadvertidamente la siguiente conversación entre los niños: La niña dirigiéndose al niño dijo: «... mira, los niños tenéis “pitolín” pero las niñas... bueno, las niñas... bueno, las niñas también tenemos “pitolín”, lo que pasa es que está escondido entre los pelos».

Vemos cómo estas teorías espontáneas de los niños son compatibles con información real. Los niños se resisten a abandonarlas, coexistiendo en muchos casos temporalmente incluso con informaciones correctas. La madre hizo bien, con lo que hizo, es decir, aportarle a su hija una explicación veraz, abierta y espontánea, una referencia de la realidad. Sin embargo, debe comprender y respetar el proceso cognitivo de su hija.

Sin duda es más importante la transmisión de seguridad confianza y espontaneidad no rehuendo las preguntas, que respuestas rigurosamente exactas. Es obvio que la educación sexual no puede resolverse como una cuestión de preguntas y respuestas. La transmisión de actitudes positivas es tan importante o más que la transmisión de conocimientos.

La necesidad de satisfacción de la curiosidad no solo se expresa a través de preguntas acerca de asuntos sexuales, sino también a través de la exploración directa. Los juegos sexuales infantiles generalmente son formas de exploración cuyo objetivo es la satisfacción directa de la curiosidad.

1.2.2 Juegos sexuales infantiles

Son una de las manifestaciones sexuales típicas de la infancia. La visión desde la perspectiva del adulto los desenfoca atribuyéndoles una intencionalidad que sin duda no tienen. Generalmente se tiende a considerar que su objetivo es la búsqueda de placer erótico compartido, algo más bien vergonzante que conviene esconder. Como es evidente, los niños y las niñas tienden a ocultarlos y cuando son observados por los adultos activan la preocupación de estos, como si de un comportamiento inadecuado se tratara.

Podemos agrupar los juegos sexuales infantiles en función de sus finalidades. Un primer grupo se caracterizaría por la exploración del cuerpo de los demás y del propio, cuyo fin sería la satisfacción de la necesidad de saber.

Un segundo grupo de juegos sexuales se caracterizaría por la imitación de roles sociales como la interpretación teatral de bodas, de familias, padre, madre, novios. También se imitan roles relacionados con la reproducción, como ejercicios de monta, ensayos de penetración. Los estudios de observación de animales, particularmente entre los homínidos: se observan juegos sexuales similares, los cuales desarrollan una clara función en la maduración. Recordemos que estos juegos cumplen con las funciones evolutivas, como la imitación, la simbolización, el aprendizaje, el desarrollo de la creatividad, etcétera.

Un tercer grupo de juegos sexuales tiene una clara intencionalidad de búsqueda de sensaciones placenteras a través de la exploración de los cuerpos. En este sentido se pueden observar juegos que incluyen caricias corporales, algunos de significado ambiguo como el deslizamiento sobre los genitales, etc. La capacidad para experimentar intensas sensaciones de placer está acreditada desde los estudios fisiológicos. Desde este punto de vista, los tejidos eréctiles del pene y del clítoris están formados e innervados por fibras nerviosas y son sensibles al tacto desde el momento del nacimiento. La psicofisiología de los niños y niñas indica que sus cuerpos están perfectamente dotados para experimentar placer corporal, los esbozos de la respuesta sexual están ya presentes, erección en los niños, modificaciones vulvares y vaginales en las niñas. La sensibilidad epidérmica es probablemente muy intensa. La cuestión del orgasmo infantil ha sido discutida. Algunos autores afirman que puede producirse, otros indican que hay pautas de respuesta fisiológica muy parecidas al ciclo psicofisiológico de respuesta sexual en los adultos, aunque discutirían si realmente se trata de orgasmo. Por ello, percibidas las sensaciones placenteras, lo lógico es que los niños y niñas tiendan a buscarlas. En modo alguno se trata de la búsqueda de satisfacción erótica en un objeto. Tal situación tan solo se producirá a partir de la pubertad, como consecuencia de la reestructuración neuroendocrina que la maduración exige en esa etapa evolutiva.

Estos juegos suelen ser intersexuales. La diferenciación por grupos que acabamos de hacer tiene valor didáctico porque probablemente algunos juegos sexuales incluyen varios de estos objetivos.

En síntesis, podemos decir que las manifestaciones sexuales infantiles pueden expresarse en conductas explícitas, bien de una manera autoerótica, bien a través de juegos sexuales compartidos. Podemos agrupar las conductas sexuales infantiles en: a) conductas de autoestimulación, b) conductas de exploración, c) conductas de imitación.

La masturbación infantil es un comportamiento propio de la infancia. No debe confundirse con la masturbación adulta. Como ya se ha indicado, una de las características de la sexualidad infantil es que es autoerótica. La experiencia del placer es intrínseca. Los niños y las niñas exploran su cuerpo, descubren las partes más sensibles del cuerpo, perciben sensaciones intensas y tienden a repetirlas. Disfrutan de las sensaciones que emanan de sus propios cuerpos.

A partir de la pubertad, la nueva organización neuroendocrina, el deseo erótico se configura y se proyecta hacia la búsqueda de satisfacción en otra persona, en el objeto. Por ello la masturbación infantil, autoerótica, se transforma paulatinamente en heteroerótica, es decir, proyectada hacia el exterior. En este punto la autoestimulación se ve acompañada de imágenes difusas al principio y explícitas posteriormente con imágenes reales o imaginadas.

En el cuadro 6.1 se muestra un resumen de la evolución de las manifestaciones sexuales infantiles a lo largo de las edades infantiles.

1.3 Apego y sexualidad en la infancia

Como ya se ha indicado, el tema central en el desarrollo psicosexual de las personas entre 0 y 2 años es precisamente la vinculación afectiva. Hay otros procesos relacionados con el desarrollo de la sexualidad, como el inicio de la adquisición de la identidad sexual y de género que se iniciaron incluso antes del nacimiento en la etapa intrauterina; sin embargo, el tema central en este periodo es el apego.

¿Cuáles son los argumentos para mantener tal afirmación? La calidad de la experiencia sexual en la vida adulta, tal y como indicábamos en el punto anterior, se relaciona con dos puntos esenciales: a) la seguridad básica que hace posible la interacción entre dos personas en el espacio de la intimidad y b) la capacidad de dejarse llevar por sensaciones voluptuosas, relacionada con la calidad de contacto físico. Las aportaciones de autores como Kaplan, Offit, Schnarch, Marrone, Diamond, Fonagy y otros sustentan esta afirmación.

Cuadro 6.1. Conductas sexuales comunes en la infancia y adolescencia (SIECUS², 2004)

Del nacimiento a los 2 años de edad, los niños/as pueden:

- Explorar las partes de sus cuerpos, incluyendo sus genitales. Pueden experimentar erecciones, y la vagina de las niñas puede lubricarse.
- Comenzar a desarrollar sentimientos acerca del tacto, su cuerpo, y la manera en la que deben actuar como un niño o una niña.

Los niños/as de 3 a 4 años de edad pueden:

- Sentir cada vez más curiosidad por sus cuerpos. Pueden empezar a estimularse a sí mismos con la mano o un muñeco de peluche, lo que puede o no provocar un orgasmo.
- Establecer que son un niño o una niña (sin embargo, mientras juegan pueden simular que son del otro género).
- Sentir mucha curiosidad por las diferencias corporales y jugar voluntariamente al doctor, u otras formas de juegos sexuales con amigos/as o hermanos/as afines en edad y nivel del desarrollo sexual. Si juegan solos, pueden desvestirse a sus muñecas para ver sus genitales.
- Expresar curiosidad sobre la forma en que los hombres y mujeres usan el inodoro, repetir «palabrotas» que escuchan y hacer preguntas sobre la sexualidad, como «¿de dónde vine?».

Los niños/as de 5 a 8 años de edad pueden:

- Seguir con los juegos sexuales y con la masturbación.
- Volverse muy curiosos sobre el embarazo y el nacimiento.
- Desarrollar amistades estrechas con personas del mismo sexo.
- Mostrar un interés más fuerte en los roles del estereotipo masculino y femenino.

Los niños/as de 9 a 12 años de edad pueden:

- Volverse más modestos y desear su privacidad cuando empieza la pubertad.
- Tener más curiosidad por los cuerpos desarrollados masculinos y femeninos.
- Mirar revistas y páginas de Internet eróticas.
- Enamorarse de amigos/as, adolescentes mayores, personas famosas, maestros/as, etcétera.
- Interesarse por las citas.
- Preguntarse cosas como «¿Soy normal?» y compararse con los demás.
- Experimentar presión para cumplir con las expectativas familiares y sociales de la conducta adecuada de los niños y las niñas.
- Usar un lenguaje sexual y explorar fantasías románticas y sexuales.
- Masturbarse para obtener un orgasmo más profundo y parecido al de los adultos.

Los/as jóvenes de 13 a 18 años de edad pueden:

- Desear tener citas.
- Sentirse presionados por sus compañeros/as para participar en actividades, incluyendo comportamientos sexuales que tal vez no estén listos para experimentar.
- Seguir masturbándose.
- Fantasear con situaciones románticas o sexuales.
- Enamorarse.
- Experimentar con besar y tocar, incluido el sexo oral y la relación sexual.

² Sexuality Information and Education of United States.

¿Qué relación se establece entre la sexualidad adulta y la infancia? Tal y como indica Félix López (1982), si estudiamos detenidamente el repertorio de conductas que niño y figuras de apego ponen en juego, caeremos en la cuenta de que el proceso de vinculación afectiva es:

- a. El lugar de aprendizaje del contacto, las sensaciones corporales, las caricias, la ternura.
- b. La adquisición de la seguridad en la relación, fruto de la calidad de la relación afectiva, generadora del modelo interno.
- c. La comunicación armónica con otras personas.

Es en este encuentro donde se ofrece al niño la cantidad, calidad y contingencia de estimulación adecuada. Es en este encuentro donde el niño, activo buscador de contacto, aprende a dar y recibir caricias.

En palabras de Félix López (1993):

[...] es en la relación con las figuras de apego donde el niño aprende a comunicarse con los demás, con ellas mantiene formas de contacto íntimo (tocar y ser tocado, abrazar y ser abrazado, besar y ser besado, mirar y ser mirado, etc.) y sistemas de comunicación desformalizados, que posteriormente mediatizarán todas las relaciones afectivas y sexuales.

[...] Si hiciéramos una comparación entre las formas de interacción entre el niño/a y la figura de apego y las que tienen lugar en el encuentro entre dos amantes, nos daríamos cuenta de que, salvando las distancias de edad y las diferencias de significado de ellas, hay una gran semejanza.

No puede olvidarse que la sexualidad está mediatizada de forma particular por la piel (que es el órgano más extenso) y los sentidos. Piel y sentidos son los mediadores entre el espacio interior y exterior y nuestra forma más original y directa de conocimiento y obtención de placer por la cual el niño se muestra primariamente inclinado.

Siendo en la infancia el único momento en el que este diálogo íntimo, directo y desformalizado se produce, creemos que estas experiencias definirían no tanto la capacidad coital (salvo en casos extremos de inseguridad o miedo al contacto) como la «calidad» de las relaciones sexuales y afectivas. Una adecuada experiencia en la infancia favorecerá (además de seguridad básica, confianza relacional, etc.) formas de comunicación sexual más amplias, cálidas y satisfactorias, no solo genitales.

Es muy probable que desde el punto de vista funcional, las primeras relaciones entre el niño y la figura de apego, desde el punto de vista de la intimidad, el contacto, la ternura, el tipo de lenguaje y la comunicación no verbal, sean el prototipo de las relaciones íntimas eróticas posteriores a lo largo del ciclo vital.

Como ya ha sido descrito anteriormente, el sistema de apego es esencial en los primeros años de la vida, puesto que es en este momento cuando se

acuñan el modelo interno y el estilo de apego. Sin embargo, la motivación sexual en la infancia es mucho más difusa. Los/as niños/as evidencian ya desde los primeros años su proclividad hacia la búsqueda de sensaciones corporales placenteras.

El desarrollo afectivo y social en la infancia se relaciona con el desarrollo sexual en dos puntos muy importantes:

La seguridad básica. Cuando los sistemas de conducta entre el bebé y la figura de apego funcionan contingentemente y esta, la figura de apego, responde de modo sensible a las necesidades del bebé, este adquirirá la base de seguridad necesaria para su propio desarrollo. El modelo interno basado en la seguridad del apego será el regulador de las relaciones interpersonales futuras. La seguridad permitirá mantener relaciones confiadas con los demás y hará posible la confortabilidad en la intimidad. Las personas inseguras tenderán a tener dificultades en esta situación. Dado que la experiencia erótica, en general, se desarrolla en el espacio de la intimidad, vemos un punto esencial que relaciona la vinculación afectiva con el desarrollo de la sexualidad.

La calidad de contacto. El proceso de vinculación afectiva se desarrolla fundamentalmente a través de la comunicación en su sentido más amplio. Siendo la comunicación verbal muy importante, la no verbal no lo es menos. El contacto físico, las caricias, la modulación de la voz, son esenciales en la formación de la base de seguridad. En relación con el erotismo adulto, parece que la capacidad de voluptuosidad, de dejarse llevar por sensaciones eróticas intensas, se relaciona con la calidad del contacto en las primeras edades.

En definitiva, tal y como plantea Félix López (1982), si se analizan las conductas que niño y figuras de apego ponen en juego, se observará que el proceso de vinculación afectiva es:

- El lugar de aprendizaje del contacto, las sensaciones corporales, las caricias, la ternura:
 - La adquisición de la seguridad en la relación.
 - La comunicación armónica con otras personas.

Es en este encuentro en el que se ofrece al niño la cantidad, calidad y contingencia, de estimulación adecuada. El niño, activo buscador de contacto, aprende a dar y recibir caricias. Si hiciéramos una comparación entre las formas de interacción niño-figuras de apego y las que tienen lugar en el encuentro entre dos amantes, veríamos que, salvando las distancias de edad y las diferencias de significado de ellas, hay una gran semejanza. Probablemente sea desde este punto de vista funcional, desde el que mejor pueda afirmarse que las primeras relaciones niño-figuras de apego son el prototipo de las relaciones sexuales posteriores.

2. Sexualidad en la adolescencia

La adolescencia es una etapa en la que continúa el proceso de sexuación iniciado desde el mismo momento de la concepción, que supone la integración de los diversos niveles que conforman el hecho sexual humano cuya naturaleza es biológica, psicológica y social. Por tanto, no puede reducirse solamente los comportamientos sexuales en esta etapa, sino al modo de integrarse en el mundo, en tanto que mujer u hombre, y los procesos implicados en ello, siendo así que la actividad sexual forma parte de ese modo de ser.

Mirando hacia adelante, la adolescencia es una etapa particularmente intensa en el proceso de sexuación. Si afirmamos que la sexualidad es la manera en que nos integramos como personas sexuadas, es el modo de vivir esta realidad, entonces la adolescencia es la etapa en la que el proceso de sexuación va a producir transformaciones esenciales para tal fin. Estas se van a producir en tres áreas: en la redefinición de la *identidad sexual*, en la aparición y configuración del *deseo sexual* y en la evolución de los *afectos* relacionados con la sexualidad. Estas tres áreas han sido desarrolladas en los capítulos correspondientes y remitimos a ellas.

El desarrollo de la identidad sexual y de género será uno de los acontecimientos esenciales a lo largo de la adolescencia. Los cambios que se producen, tanto corporales como psicológicos, provocarán la redefinición de la misma. Esta cuestión ha sido desarrollada en el capítulo 3.

El deseo sexual es otro de los ejes fundamentales del proceso de sexuación en la adolescencia. Los cambios neuroendocrinos en relación con el contexto sociocultural conformarán la configuración del deseo sexual. Este se convierte en la motivación erótica que moverá al adolescente a la búsqueda de satisfacción sexual a través de los comportamientos sexuales correspondientes. Este tema ha sido desarrollado en el capítulo 4.

Nada en la experiencia humana actúa en el vacío de manera aislada. Por tanto, la experiencia erótica tampoco puede ser vivida ajena a los afectos que moviliza. A partir de la adolescencia la experiencia erótica se convierte en un acto relacional. Se trata de compartirla con otra persona y ello requiere poner en juego el propio yo en relación con otros. La teoría del apego aporta bases teóricas y empíricas muy útiles para comprender la importancia de la seguridad emocional en relación con la intimidad. Es de interés también estudiar los afectos relacionados con la experiencia erótica como son el amor, el enamoramiento, la atracción, etc. Todo ello ha sido desarrollado en el capítulo 5.

La interacción de estos tres factores: la identidad, el deseo erótico y los afectos, incide en la experiencia afectivo-sexual en esta etapa de la vida. Es por tanto de gran interés para la psicología de la sexualidad, en la medida

en que intervienen decisivamente en el desarrollo personal de los adolescentes.

2.1 El deseo erótico y los comportamientos sexuales en la adolescencia

El deseo sexual, como ya hemos indicado, es la energía motivacional que mueve a las personas a la búsqueda de satisfacción erótica, la cual se logra a través de la experiencia, es decir, de comportamientos concretos. Todo parece indicar que a lo largo de la pubertad el deseo sexual genera un volumen de fantasías que organizará y dirigirá los comportamientos posteriores. En este sentido, las fantasías están ya orientadas eróticamente desde los momentos puberales (Money y Ehrhardt, 1972). En el capítulo 4 dedicado al deseo sexual se desarrolla, como ya hemos indicado, todo lo relacionado con su evolución.

Insistimos en el hecho de que no se pueden entender los comportamientos sexuales sin comprender previamente la motivación que los produce, es decir, el deseo erótico y su dinámica. En el capítulo citado decíamos, siguiendo a Levine, que el deseo se articula en tres dimensiones: el impulso, el anhelo y el motivo. En relación con el impulso³ hemos dicho que desde un punto de vista biofisiológico, en la pubertad ocurre un acontecimiento importante. Como efecto de los cambios puberales, aumenta considerablemente la tasa de testosterona, que es un potente regulador del deseo sexual. En este momento aparece el erotismo puberal. La relación entre los niveles de testosterona y el deseo erótico y sus correspondencias en comportamientos sexuales explícitos han sido estudiados por una pléyade de autores, quienes afirman que los niveles de testosterona aumentan en los chicos la motivación sexual en forma de fantasías eróticas y excitación espontánea, y de comportamientos explícitos como la masturbación, los orgasmos nocturnos involuntarios y la frecuencia de relaciones compartidas a distintos niveles. En las chicas los efectos de la testosterona inciden en el aumento de su motivación sexual expresada en fantasías y masturbación pero no en el aumento de relaciones compartidas (Udry, Talbert y Morris, 1986). Las diferencias de género en cuanto a la expresión del deseo sexual podrían ser explicadas como efecto de las pautas diferenciales en la educación de los y las adolescentes.

Desde el punto de vista biosocial, los cambios hormonales tempranos en la adolescencia tienen una influencia directa en el interés y la motivación

³ El impulso en este punto se refiere al *drive* según Levine. Consultar el capítulo 6, dedicado al deseo sexual.

sexuales, e indirecta a través de los efectos de los cambios en la apariencia física y la atracción erótica de los demás: recordemos que los caracteres sexuales secundarios son los que poseen mayor valor erótico. El contexto social actúa como facilitador o inhibidor de la experiencia erótica.

En estos momentos el deseo sexual se manifiesta con intensidad. Aparece poco a poco y de manera consciente, dirigido a otra persona. Comienzan las primeras fantasías eróticas, la atracción y la respuesta hacia estímulos eróticos. Tal vez las primeras atracciones eróticas en púberes y adolescentes no son percibidas en un primer momento como eróticas, aunque este sentimiento se vaya identificando paulatinamente. El deseo sexual se orienta ya en momentos prepuberales. Posteriormente, el deseo sexual se satisfará a través de experiencias sexuales, en primer lugar autoeróticas, posteriormente compartidas.

El periodo prepuberal y los inicios de la adolescencia son momentos muy sensibles a la configuración del deseo. Por un lado, por las propias modificaciones corporales y la intensificación de las manifestaciones de la excitación sexual, y por otro, por la vivencia de la activación del deseo sexual, como *experiencia emocional subjetiva*. Una cuestión, que de momento dejamos en el aire, es la siguiente: ¿Hasta qué punto el contexto social favorece o trastorna la integración del deseo sexual a lo largo de la adolescencia?

Desde nuestro punto de vista el comportamiento sexual de las personas adolescentes pasa por dos momentos bien diferenciados: el autoerotismo o erotismo dirigido hacia la propia persona, y el heteroerotismo o erotismo dirigido hacia los demás.

2.1.1 El autoerotismo o masturbación

Los primeros comportamientos sexuales en la adolescencia generalmente son autoeróticos. Sin embargo, la masturbación en este momento evolutivo adquiere una cualidad diferente a los comportamientos autoeróticos infantiles. En realidad solo la masturbación infantil es genuinamente autoerótica, en la medida en que se trata de la experiencia de placer que emana del propio organismo en la que no existe el «otro». Sin embargo, en la adolescencia el autoerotismo tiene una clara vocación relacional, puesto que la masturbación va guiada, en general, por fantasías que incluyen la satisfacción sexual compartida.

La masturbación es una actividad que ayuda a conocer el cuerpo, y la propia respuesta sexual descubriendo todos sus matices. A través de ella se obtiene satisfacciones sexuales construyendo en la fantasía situaciones idealizadas o inalcanzables; ayuda también a elevar la autoestima sexual; tiene sentido en sí misma como una forma de acceso al placer, por ello pue-

de estar presente, con mayor o menor intensidad, a lo largo de las edades; en los primeros años de la adolescencia puede suponer un ensayo imaginado de la anhelada experiencia erótica. La fantasía a través del autoerotismo o masturbación puede ser el motor que tire de la realidad, ayudando de este modo a acceder a la experiencia compartida.

En relación con el nivel de conocimientos contrastados que poseemos sobre esta cuestión, se puede afirmar que la masturbación es un comportamiento natural y saludable que forma parte del repertorio de las actividades sexuales. Sin embargo, determinadas situaciones conflictivas tanto desde el plano individual, como familiar o escolar podrían dar lugar a un tipo de masturbación reactiva o compulsiva. En estos casos la masturbación compulsiva debe ser interpretada como una manifestación del conflicto y no como el origen del mismo. La integración saludable de la masturbación está mediatizada por las actitudes hacia la sexualidad y estas a su vez por las reacciones emocionales ante la misma.

2.1.2 Relaciones sexuales compartidas

Llegado un determinado momento, el autoerotismo da paso a la experiencia compartida. Esta será heteroerótica, bierótica u homoerótica dependiendo de la orientación del deseo que forma parte de su configuración.

Analizaremos en primer lugar los comportamientos heterosexuales. En el año 1965 Schofield realizó una importante investigación sobre el comportamiento sexual de los jóvenes ingleses, considerada en la actualidad como un «clásico» dentro de este tipo de estudios. En ella explicó el acceso de las personas adolescentes a la experiencia sexual compartida a través de cinco niveles de comportamiento que describimos a continuación:

1. *Poco o ningún contacto sexual con el sexo opuesto*: puede ser que se haya tenido alguna cita, pero no se ha besado todavía.
2. *Experiencia limitada de actividades sexuales*: se tiene experiencia del beso y se puede tener experiencia de estimulación de los senos por encima de la ropa pero nunca por debajo.
3. *Intimidades sexuales próximas al coito*: se tiene experiencia de la estimulación de los senos por debajo de la ropa y se puede haber experimentado la estimulación genital o el contacto intergenital, pero no se ha realizado el coito.
4. *Experiencia del coito con una sola persona*.
5. *Experiencia de coito con más de una persona*.

(Fuente: SCHOFIELD, N.,1965)

Aunque estos niveles son útiles sobre todo en el campo de la investigación, permiten establecer la secuencia de comportamientos que dan acceso a la experiencia sexual. La temporalización de estos niveles no se puede precisar. Parte de los adolescentes podrían pasarse largos periodos en algunos de los estadios intermedios, mientras que otros podrían acceder a los más altos en un periodo breve de tiempo.

Desde un punto de vista actitudinal podemos afirmar que el «doble estándar» tradicional —que consiste en atribuir mayor legitimidad a determinados comportamientos sexuales de los hombres que a esos mismos en las mujeres— está siendo superado en gran medida. La virginidad tiende a ser un mito del pasado. Las relaciones sexuales de pareja son consideradas legítimas al margen de compromisos institucionales como el matrimonio. Se tiende a aceptar las relaciones sexuales sin vincularlas necesariamente a relaciones afectivas, aunque en esto existen claras diferencias en función del sexo.

En cualquier caso, la accesibilidad a la actividad sexual va a depender, por un lado de los estándares sexuales del entorno (Delamater, 1983) y por otro de las actitudes hacia la sexualidad. Vivimos en una sociedad plural en la que coexisten diversos modos de regular el comportamiento sexual. En aquellos ámbitos juveniles donde predomine una orientación conservadora, el acceso a la actividad sexual será más restringido que en entornos más liberales. Los estudios que analizan las actitudes hacia la sexualidad desde el constructo erotofobia-erotofilia o desde los sentimientos de culpa sexual, afirman que las personas que tienden hacia la erotofobia (actitud negativa hacia la sexualidad) o hacia niveles altos de culpa sexual tienen mayores dificultades para acceder a la experiencia, tal y como hemos indicado anteriormente. Además, cuando se produce un conflicto de lealtades entre la actitud negativa hacia la sexualidad y la necesidad de vinculación afectiva, puede que algunas personas con una actitud negativa accedan al comportamiento sexual. En este caso estas personas se protegen menos ante los riesgos.

Como ya hemos comentado, en los últimos años se han realizado numerosos trabajos acerca del comportamiento sexual de los jóvenes y de ellos podemos sacar algunas conclusiones:

- La edad de la primera experiencia sexual se está adelantando tanto en chicos como en chicas, no obstante la experiencia sexual tiende a ser más temprana en ellos, aunque estas diferencias son menores que en décadas pasadas. En los últimos años aumenta la proporción de los que dicen haber tenido experiencias sexuales con más de un compañero o compañera en ambos sexos. Tal vez uno de los cambios más evidentes en las últimas décadas es la tendencia a la equiparación de chicos y chicas en relación con el inicio y la frecuencia de las relaciones sexuales. En cualquier caso, aunque se constaten diferencias de com-

- portamiento entre mujeres y hombres, estas no denotarían otra cosa que ritmos distintos en los respectivos procesos de sexuación.
- La mayoría de las chicas afirman que el motivo principal para sus primeras experiencias sexuales fue el haberse sentido enamoradas, sin embargo los chicos consideran que los motivos principales fueron el deseo de conocer la experiencia, el placer obtenido de ella o el considerar que era algo que se tenía que hacer. A pesar de los cambios en el comportamiento este dato permanece estable, lo cual indicaría que las motivaciones que les mueven a la experiencia sexual son diferentes.
 - La experiencia sexual compartida, puede ser también homoerótica, es decir, dirigida hacia personas del mismo sexo. Antes de hablar del comportamiento homosexual, es preciso considerar que el entorno cultural en el que se desarrollarán los jóvenes es tradicionalmente homofóbico por lo que los prejuicios contra este tipo de comportamientos han impedido analizarlos con objetividad.
 - En los inicios de la adolescencia suelen aparecer determinadas experiencias sexuales entre chicos que consisten en el descubrimiento compartido del funcionamiento de la respuesta sexual, que por lo general consisten en masturbaciones compartidas. Estas experiencias no deben ser confundidas con una configuración predominantemente homosexual del deseo, sino como una manera de descubrir la actividad sexual.

La configuración del deseo sexual, su orientación y su relación con la identidad sexual y de género han sido desarrolladas en el tema 4, al cual remitimos para completar este punto.

2.2 Comportamiento sexual y vinculación afectiva

Cuando en la adolescencia el deseo erótico se proyecta hacia otra persona, la interacción sexual esta mediatizada por los modelos internos. Si consideramos que estos se conforman a través de la interiorización del modelo de sí mismo y del de los demás, la experiencia sexual estará claramente mediatizada por el grado de autoestima personal, y por el grado de confianza en los otros. Podríamos así predecir que aquellas personas que desarrollen un estilo de apego seguro, sus relaciones eróticas serán más satisfactorias y menos conflictivas, puesto que poseerán un mayor grado de autoestima, mayor seguridad en la relación, ausencia de temores infundados en el espacio de la intimidad, mayor capacidad de empatía y menor preocupación por la pérdida o el abandono. Las personas inseguras, tanto ansioso-ambivalentes, como evitativas, aunque expresado de modo diferente, la probabilidad de tener en la adolescencia un acceso dificultoso y

arriesgado a la experiencia sexual será mayor por motivos inversos a las personas seguras.

En relación con la actividad sexual de los adolescentes algunas investigaciones han encontrado que la seguridad del apego se relaciona con comportamientos que tienden a la protección respecto a las situaciones potenciales de riesgo (O'Beirne, 1999). Las personas seguras tienden a tener menor número de parejas y a usar mejor los métodos de protección (Moore, 1997).

Autores como Belsky (1999) afirman que probablemente la organización del apego seguro se vincula más a la calidad de las relaciones eróticas que a la cantidad, justo lo contrario de lo que ocurriría entre las personas inseguras, especialmente entre las evitativas. Además las personas seguras tienden a ser más erotofílicas, a sentirse más orientadas hacia el amor, tienden a disfrutar más de la experiencia erótica; tienen mayor facilidad para expresar emociones positivas (Tracy *et al.*, 2003). Los adolescentes seguros tienden a sentirse más eficaces manejando las situaciones afectivo-sexuales. Por todo ello están en mejor disposición para desarrollar un aprendizaje valioso respecto a la intimidad, la comunicación y la dependencia de los iguales como potenciales figuras de apego.

Por el contrario, puede mantenerse que la inseguridad en el apego se asocia a comportamientos más disfuncionales en general, y que pueden interferir en el comportamiento sexual. De ese modo, las personas ansiosas pueden verse impulsadas hacia las relaciones sexuales, en ocasiones precozmente, no tanto por el interés en la experiencia sexual en sí misma, sino como vía para poder expresar y sentir amor por sus compañeros, pudiendo así distorsionar la percepción de los riesgos inherentes a la actividad sexual. Tal situación afectaría más a chicas que a chicos. A estas conclusiones llegaron Tracy y colaboradores (2003) al hallar en su estudio que el motivo por el que se accedió a la primera experiencia sexual entre los seguros se relacionó con la expresión de amor; entre los ansioso-ambivalentes se observó una clara tendencia a acceder a la experiencia erótica por temor a ser abandonados; sin embargo, entre las personas evitativas el motivo principal fue el hecho de perder la virginidad (Tracy *et al.*, 2003).

Desde la perspectiva del apego, el uso, incluso moderado, de alcohol u otras sustancias podría interpretarse como una manera de aliviar la ansiedad producida por el miedo subyacente al rechazo o abandono en el ámbito de la intimidad. Como es obvio, pueden existir otras fuentes de ansiedad que no responderían a este principio. En relación con el tema que nos ocupa, la relación entre el uso de alcohol u otras sustancias antes de las relaciones sexuales, está sobradamente asociada al riesgo de embarazos no deseados o a enfermedades de transmisión sexual. Por todo ello, la seguridad en el apego podría ser considerada como un factor de protección en relación al desa-

rollo afectivo y social en general, pero también en relación con el desarrollo afectivo y sexual, en particular con los riesgos asociados a la actividad sexual, como son las experiencias emocionalmente dolorosas, los embarazos no deseados o el contagio de enfermedades de transmisión sexual.

2.3 Mediadores afectivos en los comportamientos sexuales de riesgo

Uno de los temas más estudiados en el ámbito de la sexualidad de los adolescentes, por motivos obvios, es el de los riesgos asociados al comportamiento sexual. La perspectiva de la salud hizo en su momento centrar la atención en el riesgo de embarazos no deseados. Posteriormente la aparición del sida, dado su impacto social, produjo un deslumbramiento respecto a otros riesgos. Los riesgos de tipo psicológico no se suelen tener en cuenta por ser menos evidentes. Sin embargo, desde el punto de vista de la Psicología de la sexualidad, los riesgos pueden ser de varios tipos:

- a) Riesgos de tipo psicológico, relacionados con malas experiencias, experiencias desagradables asociadas a emociones negativas debidas a relaciones sexuales forzadas, inesperadas, violentas, etcétera.
- b) Riesgos asociados a embarazos que no se desean, cuya consecuencia puede ser la maternidad prematura o el aborto voluntario.
- c) Riesgos de contagio de enfermedades de transmisión sexual, sida incluido.

Hemos visto cómo el nivel de experiencia sexual en los adolescentes es una cuestión relevante en la medida en que implica a una parte importante de la población. Podemos afirmar que una proporción muy elevada de adolescentes son sexualmente activos y tienen experiencia sexual coital. No es que haya que darle especial importancia al coito, tan solo lo consideramos en la función de los riesgos asociados a esta práctica. Haciendo una lectura positiva de esta realidad, diríamos que estos datos responden a la evolución natural del desarrollo de los adolescentes.

El impacto que la aparición del sida ha tenido en las tres últimas décadas ha generado una visión negativa de la sexualidad adolescente. Se contempla como una realidad inevitable y peligrosa al mismo tiempo. Las medidas de prevención se han basado en el denominado modelo de educación sexual basado en la «prevención de riesgos» propuesto desde la sanidad. La psicología ha centrado sus investigaciones en el estudio de los conocimientos acerca de la sexualidad, el uso del preservativo y los comportamientos sexuales de riesgo asociados a diversas variables de personalidad. Muchas de estas investigaciones se desarrollan dentro del marco cognitivo conduc-

tual, en el que lo esencial son las conductas observables y la modificación de las mismas.

Desde la perspectiva de la Psicología de la sexualidad conviene invertir los términos. Son poco los estudios que se han centrado una visión positiva del desarrollo sexual de los adolescentes y la importancia de regular adecuadamente sus necesidades afectivas y sexuales. El planteamiento debe consistir en promover la salud sexual en términos de psicología positiva. En la medida en que los adolescentes sean capaces de comprender y regular sus necesidades desarrollarán mejor sus recursos para acceder a una experiencia afectiva, sexual, satisfactoria, igualitaria, enriquecedora y exenta de riesgos.

Durante décadas se ha asociado la asunción de riesgos relacionados con el comportamiento sexual a la falta de conocimientos acerca del uso del preservativo, de los métodos anticonceptivos y de las técnicas de «sexo seguro». Esta creencia se ha mantenido ampliamente en el ámbito de la salud y a partir de ella se han diseñado abundantes intervenciones basadas en la transmisión de conocimientos. Sin embargo, numerosas investigaciones indican que la variable «conocimientos» no puede considerarse como predictora de riesgos asumidos en la actividad sexual. Si no existe relación entre la adquisición de los mismos y la ausencia de comportamientos de riesgo, cabe pensar de modo hipotético que existen otras variables de corte afectivo emocional que podrían explicar la paradoja que consiste en que un número significativo de personas que disponen de un bagaje importante de conocimientos acerca de los recursos de protección se implican en comportamientos arriesgados.

Uno de los factores motivacionales relacionados con el riesgo en la actividad sexual es la aparición del erotismo puberal a partir de la maduración del sistema neuroendocrino como resultado de la activación de las gonadotropinas (Money y Ehrhardt, 1972). El deseo erótico aparece nítidamente en el inicio de la adolescencia y se expresa como tendencia de acción dirigida a la búsqueda de satisfacción en relaciones sexuales autoeróticas y compartidas (Udry, Talbert y Morris, 1986).

Otro factor que podría considerarse como mediador afectivo en el riesgo asociado al comportamiento sexual se refiere a las nuevas necesidades en el desarrollo socio-afectivo que mueven al adolescente a establecer vínculos afectivos con los iguales, a partir de los establecidos con las figuras de apego principales.

Estos dos factores, el deseo sexual y la vinculación afectiva, son dos variables que, tal y como indica Bowlby (1969), proceden de sistemas adaptativos diferentes, el sexual y el de apego, son independientes entre sí pero pueden interactuar, de tal modo que podrían potenciarse sinérgicamente, poniendo en valor la experiencia erótico-amorosa, o interferirse seriamente,

dando lugar a la exposición a riesgos relacionados con el comportamiento sexual (Gómez-Zapiain, 2009).

Los comportamientos sexualmente saludables y exentos de riesgo dependerán de la capacidad de los individuos de manejar sus necesidades, tanto afectivas como sexuales, a lo largo de la adolescencia y primera juventud. Al considerar que el deseo erótico debe ser entendido como una emoción, los comportamientos de protección dependerán de la capacidad de regular las emociones asociadas al propio deseo erótico. Si se considera que la actividad sexual compartida depende de los modelos internos que regulan las situaciones de proximidad psicológica, la intimidad, los comportamientos de protección dependerán de los estilos de apego (Tracy, Shaver, Albino y Cooper, M. L., 2003).

Por todo ello las personas adolescentes se verán impulsadas de un modo u otro a exponerse a determinados riesgos en función de sus necesidades evolutivas, lo cual les hace particularmente vulnerables.

La asunción de riesgo se incrementa entre la infancia y la adolescencia como resultado de los cambios en la pubertad a través de lo que Steinberg (2008) denomina el *sistema cerebral socio-emocional* que impulsan al incremento de la búsqueda de nuevas sensaciones a través de la implicación en comportamientos de riesgo, tales como la ingesta de sustancias, la conducción temeraria, o los comportamientos sexuales arriesgados en relación con embarazos no deseados o las infecciones de transmisión sexual.

La exposición al riesgo declina entre la adolescencia y la adultez por los cambios que se producen en el *sistema de control cognitivo*, cambios que permiten mejorar la capacidad de autorregulación, hecho que ocurre gradualmente a lo largo de la adolescencia y primera juventud.

La diferencia estriba en que la búsqueda de recompensa brota de modo abrupto a partir de la pubertad, mientras que la capacidad de autorregulación se adquiere paulatinamente alcanzando su pleno desarrollo más allá de los veinte años. Por ello la adolescencia es un periodo en el que se intensifica la vulnerabilidad al riesgo, siendo sus comportamientos más atolondrados e irreflexivos.

El incremento de la búsqueda de nuevas sensaciones y el aumento de la exposición al riesgo están ligados a los cambios del patrón de actividad dopaminérgica en el inicio de la pubertad. Paralelamente, se ha podido comprobar que entre los cambios neuroendocrinos puberales aparece un aumento de receptores de oxitocina, hormona ligada al establecimiento de vínculos especialmente materno-filiales. En la adolescencia este aumento podría explicar la tendencia a la filiación con los iguales. Tales cambios adquieren una gran importancia porque el procesamiento de información social y emocional depende de las redes que codifican los procesos afectivos y motivacionales.

Tales modificaciones puberales responderían a predisposiciones genéticas congruentes con la adaptación evolutiva de las especies. En este periodo los individuos deben reorganizar los vínculos parentales proyectándose hacia el exterior del núcleo familiar. La búsqueda de nuevas sensaciones, la asunción de riesgos, serían funcionales desde el punto de vista evolutivo en relación con el logro de la autonomía personal.

Sin embargo, un hallazgo realmente interesante en la comprensión de la tendencia a la asunción de riesgos en la adolescencia es el papel que juegan los iguales. Investigaciones relevantes informan de que la implicación en situaciones de riesgo aumenta considerablemente en presencia de estos.

En principio parece contradictorio que los efectos de la activación del sistema dopaminérgico inciten al adolescente a la búsqueda de nuevas sensaciones y exposición al riesgo, con el aumento de la oxitocina que le impulsaría al establecimiento de vínculos estables. En este sentido, Steinberg (2008) considera que el aumento de la oxitocina no explicaría la tendencia al riesgo de los adolescentes, sino al incremento de la relevancia social de los iguales, debido a la sensibilización hacia el procesamiento de información social que incluye el reconocimiento de estímulos socialmente relevantes, actividad biológica, evaluación del atractivo, valoración de las intenciones, razonamiento social y muchos otros asuntos relacionados con información de tipo social.

Tal explicación es congruente con las aportaciones realizadas desde la perspectiva del apego. En la adolescencia se produce paulatinamente un desplazamiento de las funciones de las figuras de apego principales a los iguales. Ello significaría que la exploración del mundo, necesaria para la evolución personal, se basaría por un lado en la asunción de riesgos en la búsqueda de nuevas sensaciones (experiencias), al tiempo que ello se realiza a través del establecimiento de nuevas bases de seguridad, en este caso los iguales, además del mantenimiento de otras figuras principales como la madre o el padre organizadas jerárquicamente (Rosenthal y Kobac, 2010).

En general, la tendencia a buscar nuevas experiencias en la adolescencia necesarias para el crecimiento personal, exponiéndose a riesgos por ello, se compensan a través de la «conectividad» o red de vinculaciones con el entorno. En la revisión realizada por Markham, Lormand, Gloppen, Peskin, Flores, Low, B. y House (2010) encontraron que la mayor parte de las investigaciones revisadas avalan la idea de que la vinculación con la familia, el grado de comunicación con los padres sobre temas sexuales, el control parental y la comunicación con los iguales y en la escuela, se relacionan inversamente a los comportamientos de riesgo.

Por tanto, el sistema de apego y el sistema sexual mueven al individuo en la adolescencia a establecer nuevas relaciones con sus iguales, caracterizadas por la intensidad en los afectos y por la búsqueda de nuevas formas

de seguridad e intimidad, lo que les impulsará a la formación de parejas. De este modo se irán desplazando paulatinamente algunas de las diversas funciones de las figuras de apego históricas a la nueva relación establecida (López, 1999) (Allen y Land, 1999).

La relación entre los estilos de apego y el comportamiento sexual ha sido expuesta en el punto anterior. Por todo ello, la seguridad en el apego podría ser considerada como un factor de protección en relación al desarrollo afectivo y social en general, pero también en relación con el desarrollo afectivo y sexual, en particular con los riesgos asociados a la actividad sexual, como son las experiencias emocionalmente dolorosas, los embarazos no deseados o el contagio de enfermedades de transmisión sexual (Feeney, Peterson, Gallois, y Terry, 2000).

Ejercicios de autoevaluación

1. ¿Cuáles son las principales características de la sexualidad infantil?
2. Explica en qué consisten las teorías espontáneas que desarrollan los niños y niñas en la infancia acerca de la sexualidad.
3. ¿Se puede considerar que los niños sienten deseo de obtener satisfacción sexual a través de otras personas?
4. Similitudes y diferencias entre la sexualidad infantil y adulta.
5. ¿Cuáles son los aspectos que deben ser considerados en el desarrollo psico-sexual en la infancia?
6. Existen tres dimensiones que deben ser consideradas en el desarrollo psico-sexual en la adolescencia. ¿Cuáles son?
7. Explica en qué sentido median los estilos de apego en el riesgo asociado al comportamiento sexual.
8. Explica los mediadores afectivos en los comportamientos de riesgo.

7. Sexualidad en la vida adulta

1. Sistemas que intervienen en la experiencia erótica

Este capítulo está dedicado al estudio de la sexualidad en el ámbito de los adultos. En la revisión bibliográfica sobre este tema se encuentran diferentes enfoques. Algunos se centran exclusivamente en la descripción de los comportamientos sexuales en esta etapa de la vida. Sin embargo, en este capítulo se optará por un enfoque basado en la interacción de los sistemas que intervienen en la experiencia erótica y no tanto en las conductas sexuales observables. Se entiende por «experiencia erótica» todo el conjunto de afectos y emociones que están asociados al deseo erótico y sus correspondencias en comportamientos sexuales explícitos.

La evolución humana se desarrolla a través de la interacción de diversos sistemas motivacionales que permiten al individuo satisfacer sus necesidades básicas. Un sistema es un conjunto de respuestas o repertorio de conductas cuyo objetivo es satisfacer un tipo específico de necesidad. Estas conductas se acompañan de elementos emocionales. Los principales sistemas que intervienen son el de apego, de afiliación, de alimentación, sexual y de exploración, tal y como indican los etólogos. El origen de estos sistemas se sitúa en el proceso de evolución de las especies estando al servicio de la supervivencia y de la adaptación al medio. Desde el punto de vista de la Psicología de la Sexualidad y en relación con las relaciones afectivo-sexuales interesan especialmente los sistemas de apego, sexual, de cuidados y de exploración y sus interacciones¹. Veamos su origen.

En el proceso de evolución de las especies se produjo un hito fundamental que consistió en el tránsito de la reproducción asexual a la sexual. En el

¹ Una descripción más exhaustiva sobre estas cuestiones se desarrolla en mi libro *Apego y sexualidad. Entre el vínculo afectivo y el deseo sexual* (Alianza Editorial, 2009).

inicio de la vida no existía el sexo. La reproducción era «asexual», los incipientes seres vivos se reproducían por simples divisiones celulares (mitosis). Este sistema hacía de la reproducción un hecho sencillo, lo cual suponía una gran ventaja porque esta era rápida y simple. Sin embargo tenía un gran inconveniente: su escasa capacidad de adaptación al medio, dado que la descendencia era genéticamente idéntica. La aparición de la reproducción sexual (meiosis), incrementó considerablemente la capacidad de adaptación al medio de las crías, puesto que en la fecundación se intercambian los cromosomas al azar haciendo de ellas seres únicos e irrepetibles. La selección natural hizo el resto. Siguiendo la lógica evolutiva, lo relevante no es tanto el individuo como el *pool* genético que se transmite. Todo ello al servicio de la adaptación al medio y, por tanto, de la supervivencia. Destacaremos dos momentos importantes en la evolución de las especies (véase figura 7.1):

En un *primer momento* se produce la génesis del instinto sexual. Como es conocido, el sistema de reproducción sexual se caracteriza por la diferenciación de dos formas, de dos sexos, tal y como se describe en el primer capítulo, dando lugar al dimorfismo sexual. La especie prosperará con la fecundación, es decir, con la fusión de los gametos. La combinación al azar de los cromosomas generará la diversidad necesaria para optimizar la adaptación al medio. Si consideramos que la fecundación es clave en la evolución de las especies, habiendo diferenciado las partes, la naturaleza tuvo que «inventar» un sistema de atracción entre las partes, los sexos, para hacer posible la reproducción. Este sistema de atracción entre ellas es el origen del impulso sexual, que graba en el cerebro los mecanismos anatómo-neuroendocrinos² necesarios para activar sistemas de conducta interactivos entre las partes.

El *segundo momento* se produce por las siguientes razones: a medida que las especies evolucionan a lo largo de la escala filogenética, estas se hacen más complejas. Tal complejidad se expresa en el hecho de que las crías nacen en precario, inacabadas. Nacen dependientes sin capacidad de sobrevivir por sí mismas.

Si consideramos que el sistema de reproducción sexual fue un gran avance para la supervivencia, adaptación y evolución de las especies, de nada hubiese servido si en este momento de la evolución no se hubiese instaurado un nuevo sistema: la vinculación entre las crías y sus progenitores. Es el origen del sistema de apego.

Este nuevo sistema garantiza las conductas necesarias entre las partes, que aportan a las crías la alimentación y los aprendizajes básicos para alcanzar la madurez necesaria y la autonomía individual. De este modo el ciclo continúa. Los nuevos individuos, ya autónomos, soportarán la presión ambiental de modo que los más aptos serán capaces de reproducirse.

² Confrontar con el capítulo 1.

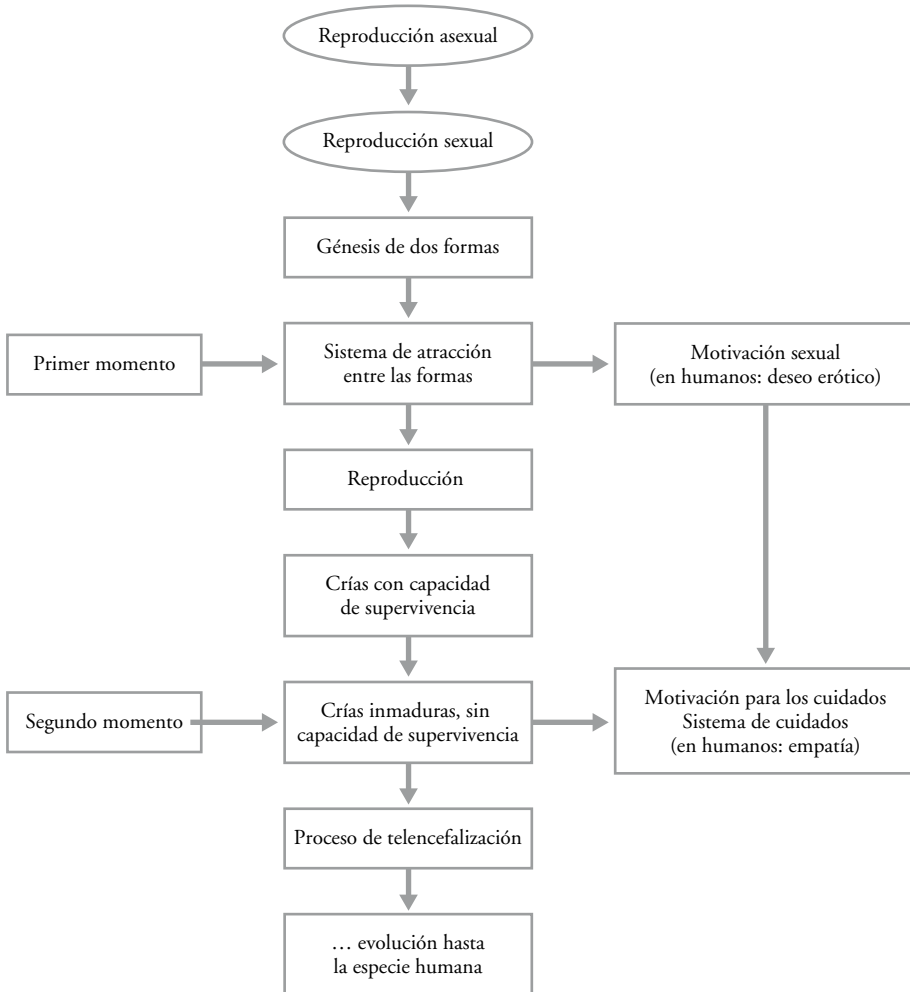


Figura 7.1. Evolución de las especies. Momentos clave.

Del sistema de vinculación entre crías y progenitores se deduce el sistema de cuidados. La relación entre la cría y el progenitor es asimétrica. Por tanto, del conjunto de conductas de respuesta contingente entre el progenitor y la cría, se deduce el sistema de cuidados cuya principal misión es la protección de esta.

Estos dos sistemas se expresan en la especie humana a lo largo del desarrollo personal y social a través de dos grandes motivaciones: el deseo erótico responsable de los comportamientos sexuales y el amor en términos de vinculación afectiva. Vemos pues cómo el origen del sexo, primer momento, es distinto al origen del amor, segundo momento.

Constituyen entidades neurofisiológicas diferentes. Cada sistema cumple una función específica. Aunque desde el punto de vista evolutivo ambas estén al servicio de la supervivencia, desde el punto de vista psicológico constituyen dos dimensiones percibidas como necesidades básicas. La aparición del pensamiento y el lenguaje ha permitido al ser humano interpretar la realidad y darle significados simbólicos. De ahí que el amor y el erotismo cumplan funciones de corte psicológico que están al servicio de la comunicación, del encuentro interpersonal y del bienestar, habiendo superado la reproducción obligada por motivos supervivenciales y evolutivos, propios de especies subhumanas.

Como acabamos de ver, el sistema sexual se configura como modo de atracción entre los sexos de una misma especie para hacer posible la cópula, con ella la fecundación y con esta la reproducción, generando con ello crías diversas en función de la dotación cromosómica transmitida. En realidad el origen de la motivación sexual queda filogenéticamente muy lejos. Sin embargo nos sirve para comprender que los seres humanos también heredamos genéticamente el sistema de motivación sexual, el cual se expresa a través del deseo erótico, de la motivación, de la necesidad de satisfacción sexual. Respecto al apego dijimos que los seres humanos nacen predispuestos para el contacto, para la vinculación, para el amor. Ahora diremos que los seres humanos nacen predispuestos para la búsqueda de placer erótico.

Por sistema sexual entendemos un conjunto de elementos que motivan al ser humano a la búsqueda de satisfacción erótica. Los programas genéticos responsables se acuñaron en un «primer momento» (véase figura 7.1) de la evolución. Desde la perspectiva humana, entendemos el deseo sexual como una emoción compleja, sustentada en sus bases biológicas, mediatizada por el medio cultural, que genera una tendencia de acción y que puede activar el comportamiento sexual, bien autoerótico, bien compartido. El nexo común entre el sistema sexual y el sistema de apego es el espacio de la intimidad.

1.1 Sistema de apego

Es un conjunto de comportamientos que se dirigen a la búsqueda de proximidad con la figura de apego y a la comunicación de las necesidades, todo ello con el fin de conseguir seguridad, sosiego y bienestar (Bowlby, 1986). Se activa como respuesta a la percepción de amenazas que ponen en riesgo la supervivencia.

Como ya sabemos, los seres humanos nacen predeterminados genéticamente para el vínculo (segundo momento en la figura 7.1), para el contacto, para la interacción. Esta predeterminación se expresa precisamente a través del sistema de conductas propias del apego. El sistema de apego es esencial en los primeros años de la existencia humana puesto que a través de él se ge-

nera la vinculación con el adulto. En condiciones normales, la figura de apego desarrolla el sistema de cuidados que otorgan al bebé la seguridad básica necesaria para la exploración del mundo y con ella el desarrollo personal. A medida que el ser humano evoluciona, el sistema de apego seguirá presente a lo largo de la vida y se activará en situaciones percibidas como amenazantes respecto a los vínculos establecidos con las personas significativas. El modo de activación dependerá de los modelos internos estructurados a partir de las representaciones grabadas previamente en situaciones similares. Es decir, en situaciones ambientales que coloquen al individuo ante la exigencia de responder a demandas de proximidad psicológica como la intimidad o como la necesidad de solicitar apoyo emocional, el individuo activará el sistema de apego y lo hará conforme a sus propios modelos internos.

Una vez percibida la amenaza, es entonces cuando se activa el sistema. El resultado de esta activación es la búsqueda de proximidad con la figura de apego. En este momento la pregunta es la siguiente: ¿está esta disponible y responde sensiblemente? Si la respuesta es afirmativa, tal interacción genera seguridad y el individuo podrá desarrollar estrategias de exploración y con ellas promoverá el desarrollo personal. Si la respuesta es negativa la sensación de vulnerabilidad y desvalimiento aumentan. Si la aproximación a la persona que hace de figura de apego es viable, aunque esta no esté disponible, es decir, no responda y no se implique en la demanda recibida, la persona en cuestión desarrollará una activación exagerada de estrategias de aproximación, dando como resultado una situación de hipervigilancia debido a la inseguridad.

Sin duda, el lugar privilegiado para la satisfacción de las necesidades emocionales es el espacio de la intimidad, ámbito compartido de máxima proximidad física y emocional, con un alto significado psicológico. No obstante, la intimidad puede ser percibida como amenazante para las personas inseguras por lo que tiene de autorrevelación de lo más profundo de uno mismo y por el grado de proximidad psicológica. La capacidad, o la posibilidad, de poder lograr y mantener este espacio de intimidad, dependen de la capacidad para gestionar adecuadamente las necesidades afectivas, por tanto de la seguridad del apego.

1.2 Sistema de cuidados

Antes de continuar, plantearemos una cuestión a debate: ¿se pueden considerar los cuidados que uno dedica al otro como parte del sistema de apego? ¿Se puede considerar el sistema de cuidados como un sistema independiente?

Si como decíamos en el comienzo de este capítulo, un sistema es un conjunto de respuestas o repertorio de conductas cuyo objetivo es satisfacer un tipo específico de necesidad y que cada sistema puede ser activado en

contextos diferentes y en respuesta a estímulos internos o externos, entonces podemos aceptarlo como un sistema o, en todo caso, como un subsistema del sistema de apego. En la figura 7.1 observamos que el sistema de cuidados aparece en el «segundo momento» y que se deriva del sistema de apego. El sistema de cuidados, de protección, sería una consecuencia lógica.

En términos humanos y en el ámbito de los adultos, el sistema de cuidados es un conjunto de comportamientos y actitudes que permite proveer a la pareja de los cuidados que requiere, al tiempo que se solicita de la misma los cuidados que uno necesita. Este sistema motiva al cuidador a atender y responder a las señales de necesidad de la persona con la que se está vinculada y a la persona cuidada a expresar cognitiva y emocionalmente su estado de vulnerabilidad (Kunce, 1994). En términos evolutivos se establece que la diferencia entre el sistema de apego y el sistema de cuidados radica en que el primero surge del interior del niño ante la percepción de peligro o amenaza, mientras que el sistema de cuidados surge del interior del adulto-cuidador, como respuesta a las señales que emite el niño en función de la activación del sistema de apego. Como ya hemos indicado, la relación entre el niño y su cuidador es asimétrica (el adulto cuida, el niño es cuidado). La relación entre adultos que forman una pareja debería ser simétrica (los miembros de la pareja adulta cuidan y son cuidados recíprocamente), es decir, cada miembro debería poder cambiar flexiblemente de rol, pudiendo activar el sistema de apego y el de cuidados indistintamente conforme a las demandas concretas de las diversas situaciones. Por su parte, la probabilidad de simetría relacional y la capacidad de respuesta en ambos sentidos se relacionan con la calidad de la historia afectiva de los miembros de la pareja, por tanto de los estilos de apego.

Los miembros de una pareja deberían ser capaces de pasar, de manera flexible, de la posición de soporte a la posición de dependencia, dicho de otro modo, deberían ser capaces de ofrecer apoyo en caso de desvalimiento de la pareja y expresar las propias necesidades en caso de precariedad personal.

El sistema de cuidados se activaría en cualquiera de estas situaciones:

1. Cuando otra persona tiene que enfrentarse a peligros, situaciones estresantes, malestar y si de una u otra manera busca ayuda o podría beneficiarse claramente de ello.
2. Cuando otra persona muestra la necesidad de ser apoyado y validado ante la oportunidad de explorar y aprender de determinadas experiencias.

1.3 Sistema de exploración

El sistema de exploración es un conjunto de conductas que el individuo activa cuyo objetivo es el desarrollo personal a través de la integración de ex-

periencias significativas. La seguridad en el apego y el modo en que el niño/a es capaz de manejar los recursos que la activan son la base que permiten explorar el mundo. Sabemos que el desarrollo personal en la génesis de la estructuración del propio yo, así como el modo de regulación emocional que controlan las relaciones interpersonales, dependen de la capacidad de exploración.

En el mundo de los adultos, la capacidad de exploración está relacionada con el crecimiento personal en todos los aspectos, pero sobre todo en aquellos asociados al ámbito de la intimidad. En el capítulo 8 se desarrolla el concepto de *potencial erótico* propuesto por Schnarch. Probablemente la capacidad de desarrollarlo dependa de la capacidad de exploración, tanto intrapsíquica, como interpersonal.

2. Interacción de los sistemas

Estos cuatro sistemas podrían considerarse relativamente independientes. Cada cual está al servicio de sus propios objetivos, aunque, evidentemente, interactúen entre sí. No obstante, a la Psicología de la sexualidad le interesan particularmente las interacciones entre los sistemas de apego y sexual, teniendo muy presente que los sistemas de cuidados y de exploración son subsidiarios de los primeros. En realidad, cuando se analiza el universo afectivo-sexual en relación con la satisfacción de necesidades básicas, es imprescindible comprender y considerar la interacción de los cuatro.

El sistema sexual se expresa a través del deseo erótico, emoción que se manifiesta en forma de fantasías y/o expectativas eróticas, activando de este modo posibles comportamientos eróticos autoeróticos o compartidos. A partir de la pubertad, el deseo erótico adquiere una evidente proyección hacia los demás. Se proyecta hacia su satisfacción en otra persona, sea esta de distinto o igual sexo.

El deseo erótico impulsa al individuo al encuentro con la pareja en el espacio de la intimidad. La proximidad psicológica activa el sistema de apego a través de los modelos internos. Es aquí donde entra en juego la estructura del sistema de apego, manifestada a través de los modelos internos. La posibilidad de poder acceder de un modo seguro al espacio de la intimidad dependerá de la seguridad básica que es consecuencia de la calidad de la historia afectiva.

Anteriormente ya hemos definido las características de los distintos estilos de apego, por tanto sabemos que las personas seguras se sentirán cómodas, sensibles y confiadas en la intimidad, no se sentirán amenazadas, no necesitarán estar vigilantes, podrán entregarse y disfrutar. En esta situación, el deseo erótico brota sin dificultad. Sin embargo, las personas ansiosas tenderán a mostrarse vulnerables al miedo a la pérdida o al abandono, por

tanto dedicarán parte de su atención a la vigilancia de cualquier posible amenaza. Las personas evitativas tratarán de soslayar el espacio de intimidad a través de estrategias defensivas, escindiendo el deseo erótico de la implicación emocional.

La fenomenología de las relaciones interpersonales y las principales investigaciones en este campo indican que las personas tienden a satisfacer sus necesidades afectivas y sexuales en relaciones de pareja, donde el otro se convierte en figura de apego principal al tiempo que objeto de deseo erótico. Este fenómeno ocurre tanto en el ámbito de la heterosexualidad como en el de la homosexualidad.

El sistema sexual y el sistema de apego no necesariamente van juntos. Alguien podría desear una intensa experiencia erótica sin ningún compromiso afectivo. Del mismo modo, otra persona podría necesitar vincularse emocionalmente a otra, sin desearla eróticamente. En estas situaciones, los sistemas sexual y de apego no interactúan. La interacción entre ambos sistemas depende de la edad, de las coyunturas y de las necesidades personales. En la adolescencia alguien podría necesitar explorar la actividad erótica sin mayores compromisos emocionales. Alguien podría decir: «Necesito una pareja... no soporto mi soledad». En este caso las necesidades eróticas podrían no existir o ser muy secundarias.

La activación del sistema de cuidados surge cuando dos personas de distinto o igual sexo establecen un vínculo afectivo estable. Entonces el objetivo de cada miembro de esa relación consiste en el bienestar de la otra persona. La capacidad empática permitirá leer adecuadamente los estados emocionales del otro y actuar en consecuencia. Podríamos considerar que existe un claro paralelismo entre la capacidad de amar y la capacidad de cuidar.

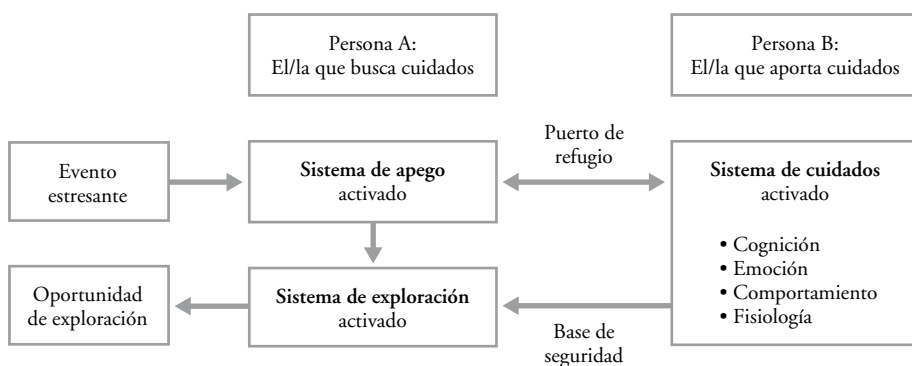


Figura 7.2. Dinámica de los sistemas de apego.

El sistema de exploración es más evidente en las primeras edades. En el inicio de las relaciones de apego la seguridad básica permite y potencia la exploración. La calidad de la experiencia afectivo-sexual depende de la

Cuadro 7.1. Características de diversos parámetros en relación a los sistemas de apego, sexual y cuidados.

<i>Parámetros</i>	<i>Sistema de apego</i>	<i>Sistema de cuidados</i>	<i>Sistema sexual</i>
Función biológica	Protección del miedo manteniendo la proximidad al cuidador.	Provisión de protección y soporte de otros en momentos de necesidad.	Transmitir los genes a la siguiente generación.
Objetivos	Seguridad ante el miedo y la amenaza. Alivio del propio malestar.	Reducción del malestar de los demás. Fomento del crecimiento y desarrollo.	Relaciones sexuales (de forma indirecta, alcanzar el embarazo).
Activadores contextuales	Amenazas reales o simbólicas. Falta de accesibilidad a la figura de apego.	Comportamiento de apego de los otros o señales de necesidad.	Encuentros con un compañero atractivo, sexualmente activado o fértil.
Estrategia primaria	Búsqueda real o simbólica de proximidad a figuras de apego externas o internas.	Respuesta empática, toma de perspectiva del otro y ayuda sensible y eficaz.	Aproximación, atracción y seducción sexuales.
Soporte relacional o provisión de funcionamiento óptimo	Disponibilidad de otros sensibles y comprensivos.	Disposición y capacidad para ayudar y ofrecer cuidados.	Capacidad para atraer sexualmente a otros; aceptación de actividad sexual.
Beneficios de un óptimo funcionamiento	Sentido de seguridad estando enamorado.	Sentido de generatividad, amor y comunión. Amor compasivo.	Alegría, vitalidad, potencia y sentimientos de amor e intimidad.
Estrategias de hiperactivación	Demandas intensas para la atención y cuidados de la pareja.	Exageración de las necesidades del otro; hipervigilancia hacia el malestar del otro.	Intentos intrusivos y coercitivos de actividad sexual; hipervigilancia sobre las señales de atracción o rechazo sexual.
Estrategias de desactivación	Negación de necesidades de apego; evitación de proximidad e intimidad. Independencia compulsiva.	Inhibición de ayuda empática; menosprecio del malestar del otro; distanciamiento de las necesidades del otro.	Menosprecio de las necesidades sexuales; distanciamiento de una pareja eróticamente activada; promiscuidad como una forma de autoengrandecimiento.

Fuente: Shaver, P. R. y Mikulincer, M. (2006). «A Behavioral Systems Approach to Romantic Love Relationships: Attachment, Caregiving, and Sex». En R. J. Sternberg y K. Weis (Eds.). *The new psychology of love* (pp. 35-64). New Haven, CT, US: Yale University Press.

capacidad de exploración. La profundización en el erotismo depende de la capacidad de explorar.

La figura 7.2 muestra la dinámica e interacción de los sistemas de apego, cuidados y de exploración (Collins, Guichard y Feeney, 2006). Como se indica en él, un evento estresante activa el sistema de apego en la persona A. Esta busca la proximidad con su figura de apego, la persona B, cuya función es ser «puerto de refugio», la cual activa el sistema de cuidados, convirtiéndose en este momento en «base de seguridad». Reconfortada la persona A y recuperada la seguridad en la persona B, A está en situación de generar nuevas oportunidades de exploración. La exploración, tal y como ocurre en el desarrollo infantil, contribuye al crecimiento personal a través de la evolución del sistema de pareja u otras situaciones vinculares similares. Para que todo esto ocurra, las personas que integran el sistema deben poseer la capacidad de responder a las demandas del otro; para ello es necesario poder interpretar adecuadamente sus necesidades. Por otro lado, cada miembro de la pareja debe saber expresar cognitiva y emocionalmente su estado, sus necesidades, sobre todo en situación de precariedad emocional.

En condiciones normales los sistemas se potencian mutuamente y funcionan en sinergia. Sin embargo, vemos cómo las dificultades propias de cada sistema pueden condicionar seriamente la experiencia tanto afectiva como sexual.

Shaver y Mikulincer (2006) han estudiado en profundidad las interacciones entre los sistemas y sus conclusiones se reflejan en el cuadro 7.1.

3. Apego y sexualidad en adultos

La teoría de la vinculación afectiva en relación con la sexualidad humana contribuye a la comprensión de la experiencia afectivo-sexual en la intimidad y aporta una nueva mirada de la sexualidad desde la psicología positiva, en la medida en que nos ayuda a desarrollar la enorme riqueza humana que surge de esta experiencia. Conviene subrayar esta cuestión ya que existe una clara tendencia en la psicología actual a enfocar los temas desde la perspectiva de los conflictos y los trastornos.

El estudio de las interacciones entre los sistemas sexual y de apego permite entender la manera en que ambos contribuyen al equilibrio personal, la armonía y el bienestar, así como a la comprensión de la dinámica de los conflictos en el interior del sistema de pareja.

Tal y como se expuesto en los puntos anteriores, los sistemas sexual, de apego y de cuidados, a los que añadimos también el sistema de exploración, interactúan entre sí produciendo sinergias en relación con la calidad de las experiencias psicológicas, o bien interfiriéndose entre ellos generando malestar y conflictos tanto individuales como de pareja.

Para la Psicología de la sexualidad es de particular interés analizar la mediación que se produce entre el deseo erótico, los afectos y las emociones derivados de la vinculación afectiva. A continuación describiremos los antecedentes y los fundamentos de cómo el deseo erótico esta mediatizado por la vinculación afectiva.

Uno de los efectos del deseo sexual es la búsqueda de proximidad y contacto físico con otra persona con el fin de alcanzar un estado de satisfacción erótica. A su vez, la proximidad física y emocional con el otro activan los modelos internos que se expresan en los estilos de apego. Estos generan expectativas hacia las relaciones. De este modo la experiencia erótica es vulnerable a la mediación afectiva que proviene de la proximidad psicológica.

La calidad de la experiencia erótica depende de la calidad de la experiencia vincular temprana en relación con la intimidad, calidez, confianza y sensación de los modelos relacionales con la figura de apego, de la seguridad básica que permite que una persona se sienta segura y confortable en un espacio psicológico compartido. También depende de las experiencias positivas actuales. La falta de seguridad promueve que el individuo sienta la amenaza de rechazo o abandono, activando defensas que interfieren la calidad de la experiencia. Existen en la literatura científica numerosas aportaciones que lo avalan. Veamos algunos ejemplos.

Un efecto de la interacción se manifiesta en los distintos tipos de perfil de comportamiento sexual en función de los modelos internos expresados de estilos de apego. En este sentido, la relación entre la experiencia sexual y el apego parece evidente, considerando el estado actual de conocimiento. Las principales investigaciones en este campo indican que las personas que tienden a la seguridad del apego manifiestan una menor propensión a mantener relaciones sexuales casuales al margen de su relación principal. Es más probable que se impliquen en relaciones iniciadas mutuamente y que disfruten del contacto físico con o sin sexo explícito.

Las personas ansioso-ambivalentes tienden a mantener relaciones sexuales caracterizadas por niveles bajos de intimidad psicológica, además de que manifiestan menor satisfacción del contacto físico. Un importante estudio realizado por Hazan, Zeifman y Middleton (1994) encontró que las mujeres ansioso-ambivalentes tendían a implicarse más en exhibicionismo, voyerismo y en relaciones de dominación-sumisión, y que los hombres de este grupo, tendían a ser reticentes hacia la experiencia sexual. Mujeres y hombres ansiosos ambivalentes parecían disfrutar más con la expectativa de una relación sexual y con las caricias que con los comportamientos sexuales más explícitos.

Por último, las personas que tienden a la evitación muestran un nivel mayor de conflicto con el deseo sexual, lo cual no se cumple en el caso de las mujeres. Las personas evitativas están más predispuestas a implicarse en relaciones casuales y no comprometidas y aceptan que es posible y placentero el

sexo sin amor. Además se caracterizan por tener relaciones sexuales con bajos niveles de intimidad y menor satisfacción con el contacto físico. La mediación entre apego y comportamiento sexual ha sido refrendada por nuestras propias investigaciones (Gómez-Zapiain, Ortiz y Gómez, 2011, 2012).

Como vemos, estos datos apoyan la idea de que el sistema de apego media en el sistema sexual. Se puede considerar que las personas tienen, entre otras, dos necesidades básicas: la necesidad de sentirse seguros emocionalmente y la de satisfacción erótica. En algunos casos estas necesidades pueden potenciarse mutuamente, pero también pueden interferirse, incluso gravemente. Por ejemplo, las personas evitativas podrían verse obligadas a cortocircuitar el sistema de apego para poder acceder al placer sexual, mientras que las ansioso-ambivalentes podrían no poder entregarse a la experiencia erótica debido a la ansiedad fruto de la hipervigilancia ante la perspectiva de pérdida o abandono.

Los sistemas pueden interactuar entre sí para armonizar las necesidades afectivas y sexuales. De este modo, el deseo erótico podría ponerse al servicio de las necesidades de seguridad emocional, es decir, de apego. Este sería otro de los efectos posibles en la interacción.

Un segundo efecto de la interacción entre sistemas se refiere a que el deseo erótico y sus correspondencias en comportamientos sexuales pueden ponerse al servicio de las necesidades de apego. Aun aceptando la independencia relativa de ambos sistemas, y tratando de profundizar en la posible intersección de ambos, existen algunas motivaciones para la actividad sexual que podrían estar al servicio de las necesidades de apego. Davis y Shaver (2004) indican las siguientes:

- *El deseo erótico podría estar motivado por la necesidad de búsqueda de seguridad emocional en el contacto físico.* Cuando una persona se siente emocionalmente afligida o siente amenazada su seguridad, se activará el sistema de apego, siendo una de sus principales características la búsqueda de proximidad. Las estrategias para la búsqueda de proximidad pueden ser diversas y en distintos ámbitos de la vida cotidiana. Uno de estos ámbitos podría ser el comportamiento sexual. En determinadas circunstancias la motivación principal que activaría el deseo erótico, no sería la necesidad de la experiencia erótica en sí misma, sino, a través de ella, el logro de la proximidad física y emocional. En este sentido, las personas que tienden a la ansiedad, en la relación de proximidad, podrían «utilizar» el deseo erótico como un modo de asegurar el vínculo.
- *La necesidad de seguridad a través de la intimidad, la afirmación ante el otro, la autoestima etc., pueden motivar el deseo erótico.* La búsqueda de intimidad, de situaciones de proximidad física y emocio-

nal, puede activar el deseo erótico. En sentido inverso al expuesto en el párrafo anterior, aunque la motivación principal en la búsqueda de intimidad no haya sido la satisfacción del deseo erótico, este puede ser activado como efecto de la propia situación de intimidad. En el capítulo dedicado al deseo sexual, se indica que el deseo sexual puede ser activado de modo endógeno o exógeno, a partir de las propias fantasías o recuerdos, o a través de incentivos externos. En este caso los incentivos externos, que fácilmente aparecen en una situación de intimidad emocional, pueden activar el deseo erótico.

Existen evidencias tanto teóricas como empíricas que avalan los efectos de la interacción de sistemas. Algunos proceden del ámbito de la psicología clínica. Por ejemplo, Masters y Johnson (1970) vieron con claridad la importancia decisiva del contacto corporal y la comunicación. En su libro *La inadecuación sexual humana* dicen:

Los coterapeutas son plenamente conscientes de que su rol más importante para revertir una alteración sexual es el de catalizar la comunicación... el último nivel en la comunicación es la interacción sexual.

Este nivel de interacción erótica se trabaja por los terapeutas —según el formato terapéutico de Masters y Johnson— a través de contactos progresivos que denominaron focalización sensorial. La comunicación, y lo que ellos denominan «interacción sexual», solo es posible desde la seguridad y la confianza en el espacio de la intimidad.

Para Kaplan el «miedo a la intimidad» es uno de los problemas más característicos de nuestra sociedad. El párrafo siguiente es elocuente:

Tendemos a ser espectadores más que a participar, jugar a las cartas y otros juegos más que a sumergirnos en una conversación íntima. Parece, a veces, que la gente le tiene más miedo a la intimidad que al contacto sexual: les resulta más fácil masturbarse que hacer el amor, comprar contactos sexuales impersonales que compartir el amor con un amante, borrar a su pareja en el éxtasis de una droga que vivenciar plenamente el contacto con ella.

KAPLAN, 1979.

Cuando intenta explicar la génesis de este proceso afirma que.

[...] la gente llega a sentir miedo a la intimidad en la vida adulta a causa de sus experiencias negativas y decepcionantes con las relaciones de intimidad en la primera infancia. Son personas que jamás desarrollan lo que Erikson llama «confianza básica» ante sus padres, careciendo, por tanto, de un ingrediente básico que se requiere para ser capaz de confiar y establecer relaciones de intimidad más adelante en la vida.

Kaplan, 1979.

Para Offit, «[...] el contacto afectivo entre la madre y el niño debe sentar las bases de la intimidad física posterior» (Offit, 1979). En su libro *El yo sexual*, se atreve a describir toda una tipología sexual dependiente de la historia de vinculación afectiva de los sujetos. De forma resumida los argumentos de Offit son los siguientes:

- a) No se puede desarrollar la sexualidad sin tocar a los demás: en realidad el ser humano se genera cuando dos cuerpos se encuentran, friccionan, penetran...
- b) El ser humano nace muy indefenso y necesitado de continuos contactos para sobrevivir.
- c) El deseo sexual original es el de establecer contacto.
- d) No solo el deseo sexual busca el contacto sino que este provoca aquel.

Offit afirma:

Podemos formular la hipótesis sobre la privación de contacto físico en la infancia. Es muy probable que interfiera en la capacidad posterior de disfrutar de una sensación voluptuosa. Es posible que gran parte de nuestra incapacidad para acariciar, y abrazar a los demás se debe a la insuficiencia de nuestra infancia.

OFFIT, 1979.

Schnarch en su libro *The sexual crucible* propone el «Modelo de Quantum» (véase capítulo 8) para explicar la capacidad de estímulo en la respuesta sexual. Lo plantea como una ecuación en el nivel total de estimulación es igual a la estimulación física más los procesos psicológicos. La capacidad de desarrollar estos dos factores puede tener una clara relación con la vinculación afectiva. El primero, estimulación física, iría en la línea de Offit y otros autores que relacionan la calidad del contacto físico en la interacción que se produce en la relación de apego en la infancia. El segundo, los procesos psicológicos (afectivo-emocionales y cognitivos), estarían relacionados con la seguridad del apego tal y como venimos indicando.

En relación con la vinculación afectiva, Bowlby pensaba que la calidad de las relaciones tempranas de apego y los modelos internos que de ellas emanan se manifiestan años más tarde en la manera en que el adulto trata a su compañero sexual, en su sensibilidad empática, su consideración y respeto, así como también en su capacidad lúdica y de entrega en la experiencia erótica (Marrone, 2001). En este sentido la capacidad erótica está relacionada con los vínculos emocionales y físicos que experimentamos en la primera infancia, tal y como veremos posteriormente.

Sin embargo, las relaciones posteriores pueden influir sobre las experiencias tempranas en sentido positivo o negativo. Una persona que por su historia afectiva puede haber desarrollado una clara base de inseguridad,

determinadas experiencias correctoras, vividas generalmente en la interacción con personas seguras, puede compensar de algún modo sus dificultades vinculares, puesto que sus expectativas de pérdida o abandono no se cumplirán. De modo contrario, determinadas experiencias particularmente traumáticas, pueden influir negativamente en personas que partían con una clara base de seguridad. En cualquier caso estas últimas, dispondrán de mejores recursos para afrontar experiencias negativas.

El deseo erótico al servicio de necesidades de apego

Fuente: Davis, Shaver y Vernon (2004)

- a) El sexo para conseguir intimidad, proximidad. En condiciones normales, la experiencia erótica genera un elevado grado de intimidad emocional, salvo que lo impida determinadas dificultades afectivas relacionadas con la evitación.
- b) El sexo como portador de cuidados. Lograr el placer del otro a través de la estimulación, las caricias y la ternura forma parte del sistema de cuidados. Se trata fundamentalmente de la «intención» de cuidar al otro/a. Colaborar con la satisfacción sexual del otro/a es una forma de cuidado.
- c) El sexo para obtener aprobación y reafirmación. La comunicación erótica se desarrolla en la interacción. En ella se pone a prueba las posiciones de soporte y dependencia, tal y como hemos visto anteriormente. Por tanto, en la experiencia erótica cada miembro de la pareja puede obtener la aprobación, explícita o implícita, del otro y reafirmarse en las propias capacidades, todo ello para afianzar el sentimiento de seguridad.
- d) El sexo para afianzar la autoestima. Sabemos que el estilo de apego se conforma a través del modelo de sí mismo en términos de autoestima y el modelo de los demás en términos de confianza. La experiencia erótica positiva, sin duda contribuye a afianzar la autoestima.
- e) El sexo como recurso para reducir el estrés. Los estados de aflicción, dolor, miedo generan inseguridad y activan el sistema de apego. La proximidad física, el contacto corporal con la figura de apego produce sosiego y tranquilidad. Las personas inseguras ansioso-ambivalentes, que pudieran experimentar una ansiedad difusa proveniente de una expectativa generalizada de rechazo o abandono, podrían servirse de la experiencia erótica como modo de reducir este tipo de estrés.
- f) El sexo como afirmación de poder. En este caso la motivación principal para desear actividad sexual no sería tanto la experiencia del placer erótico y los afectos asociados a él, sino la sensación del poder que se ejerce sobre la otra persona.

Las diferencias de género deben ser tenidas en cuenta. Probablemente existen diferencias genéticas en el modo de desear y de experimentar el placer erótico entre mujeres y hombres. El sistema sexual se diferencia en

relación a la función que deben cumplir. Los etólogos indican que desde el punto de vista evolutivo el objetivo de los machos es fecundar a la mayor cantidad de hembras posible, el de las hembras elegir al mejor macho. ¿En qué medida tales diferencias llegan filogenéticamente y se expresa en los seres humanos? ¿Ello puede explicar las diferencias en el modo de vivir la experiencia erótica entre mujeres y hombres, las diferencias en los estímulos eróticos, en las prioridades comportamentales, en el ritmo, en la prevalencia del coito?

No podemos en absoluto obviar la cuestión cultural. La organización cultural entre mujeres y hombres se ha sustentado en una relación asimétrica de poder en el que los hombres son los dominantes y las mujeres las dominadas. Solo a partir de mediados del siglo XIX, con el tránsito de la economía artesanal a la industrialización se comienza a cuestionar el doble papel de la mujer trabajadora: el mantenimiento de la casa y la familia, y el trabajo exterior. Casi un siglo después, los avances tecnológicos en el control de la maternidad y la modernización de las democracias permiten hablar seriamente de la emancipación de las mujeres en las sociedades avanzadas. ¿La inercia cultural en la educación de las mujeres, la imposición de unos parámetros masculinos respecto al criterio de satisfacción sexual, la tabuización misma de la sexualidad, pueden explicar las diferencias de sexo en relación a la experiencia del placer sexual?

Desde mi punto de vista ambos factores influyen decisivamente. Sin duda, tal y como mantiene el propio Bowlby, ambos factores, el biológico y el cultural se incardinan de tal modo que son inseparables. Es la resultante la que tiene sentido en términos psicológicos. Por tanto, respetando los modos diversos de experimentar las necesidades eróticas, las personas adultas se ven obligadas a negociar estas cuestiones dentro del sistema de pareja. Son las normas explícitas e implícitas del sistema las que lo regulan.

Existen por tanto varios niveles de negociación para la satisfacción de las necesidades afectivas y sexuales en el ámbito de la relación interpersonal. Por un lado, la que proviene de los estilos de apego y de las distancias óptimas de intimidad. Por otro lado, la que proviene del modo diferente de entender la satisfacción erótica, sea cual sea su origen. Las sensibilidades eróticas son diferentes en función del sexo y de la orientación del deseo, es decir, son diferentes entre mujeres y hombres, entre homosexuales y heterosexuales.

Diríamos por tanto que el deseo sexual podría estar motivado por otras necesidades básicas. Tratando de aproximarnos al origen de estos posibles motivos, y con el fin de estructurarlos de modo organizado, diríamos que el deseo sexual puede activarse por cuestiones intrapsíquicas focalizadas en uno mismo (autofocalizadas), o por cuestiones interpersonales focalizadas en los demás (heterofocalizadas).

Siendo coherentes con el concepto de sexualidad, desarrollado en el primer capítulo, la sexualidad es el modo personalizado de ser mujer u hombre. Es la integración de los diversos niveles que conforman la sexuación. Recordando a Katchadourian, la sexualidad es todo lo que tiene que ver con la división orgánica entre mujeres y hombres, y las características que las definen, y con la motivación erótica y sus correspondencias en comportamientos sexuales explícitos. Esta definición nos ha llevado en el capítulo tercero a desarrollar la identidad sexual y los roles de género. En el capítulo cuarto se han desarrollado las características del deseo sexual, así como su configuración. Todos estos contenidos ahora nos son enormemente útiles para profundizar en la dinámica del deseo sexual en relación con otras necesidades. En la monografía *Apego y sexualidad* (Gómez-Zapiain, 2009) describimos la citada interacción de sistemas que por su interés en este punto recogemos en estas páginas.

Un primer soporte teórico para determinar estos diferentes modos de activación según el género es la teoría de la androginia, respecto a los contenidos y disposiciones que subyacen a los roles sexuales. El hecho de poner el deseo sexual al servicio de otras necesidades estaría relacionado con la distinción entre las tendencias autoasertivas y las tendencias expresivas o comunales. Esta teoría indica que el sexo y el género mantienen una relación bidimensional en relación con los constructos masculinidad-feminidad. Si se analiza la realidad que subyace a estos, aparecen en realidad un conjunto de características asociadas a la instrumentalidad y a la comunidad o expresividad respectivamente. La primera hace referencia a tendencias autoasertivas, como el logro de autonomía y competencia personales, la afirmación, el reforzamiento del Yo, el ejercicio del poder, etc. La segunda hace referencia a tendencias integrativas como el interés por los demás, la búsqueda de proximidad, de intimidad, de aprobación. La gran aportación de los postulados de la androginia psicológica estriba en que estas dimensiones pueden y deben estar presentes en cualquiera de los dos sexos. Por tanto cualquier persona, independientemente de su sexo biológico, debería estar dotada psicológicamente de características propias de las dimensiones «instrumentalidad» y «comunalidad», lo cual marca una sensible diferencia con el modelo de congruencia, basado en la creencia de que el sexo y el género mantienen una relación unidimensional y bipolar³.

Desde esta perspectiva, el deseo sexual focalizado en uno mismo estaría al servicio de las *necesidades del Yo* y estas se expresarían en tendencias instrumentales autoasertivas. A modo de ejemplo diremos que en algunas personas lo que puede motivar el deseo sexual sería la necesidad de reforzar la autoestima, de sentir el poder que deriva de la capacidad de

³ Confrontar con el capítulo tercero dedicado al desarrollo de la identidad sexual.

seducción, el sentirse competente en materia sexual. Uno de los motivos para desear tener relaciones en la adolescencia puede ser, sin duda, el reforzamiento del Yo en términos de autoestima, como es propio de la edad (Hensel, Fortenberry, O'Sullivan y Orr, 2011). ¿Qué es lo que motiva el deseo erótico de las personas cincuentonas a desear ardientemente experiencias eróticas? Puede ser el deseo de placer erótico, no lo dudo, pero... ¿podría ser la necesidad de reforzar el propio Yo, en términos de autoestima, ante las dificultades de asumir el lento pero inexorable envejecimiento? ¿Qué es lo que motiva el deseo erótico de los agresores en este ámbito, sino es el deseo cruel de sentir el poder del sometimiento de la víctima?

El deseo sexual focalizado en los demás estaría al servicio de las *necesidades de apego* y estas se expresarían en tendencias comunales o integrativas. Podríamos decir en este punto que lo que puede motivar el deseo erótico de algunas personas no es tanto la experiencia del placer sexual como la necesidad de hallarse en proximidad física y psicológica con otra persona, de conectar íntimamente, de sentirse aprobado por el otro, de sentirse protegido en el contacto entre los cuerpos. El deseo sexual puede ponerse al servicio de la intensificación de la experiencia de la intimidad, a través de la intimidad erótica. El coito, que bien mirado es una caricia erótica, puede sentirse como la máxima proximidad física, como el mayor grado de intimidad erótica, independientemente de, o además de, las sensaciones objetivamente placenteras, producto de la estimulación de raíces raquídeas sensitivas y motoras, procesadas por el sistema nervioso central. Situaciones de carencia afectiva o soledad podrían activar el deseo erótico como modo de alcanzar la intimidad. Si preguntáramos a una persona en esta situación acerca de la experiencia erótica en estas condiciones, con toda probabilidad priorizaría la calidad de la experiencia emocional y relativizaría la importancia otorgada a la satisfacción sexual en sentido estricto.

Desde el punto de vista de la regulación del deseo sexual, conviene recordar los mecanismos neurológicos que lo activan y que lo inhiben.

La activación se refiere a la tendencia a la búsqueda de experiencias placenteras y se expresan en comportamientos de aproximación. La inhibición se refiere a la tendencia a evitar o alejarse de experiencias relacionadas con el dolor o el pánico y se expresan en comportamientos de tipo aversivo o evitativo.

Según Gray (1987) ambas tendencias comportamentales están reguladas neurológicamente por distintos sistemas motivacionales. El sistema de inhibición comportamental (BIS) regula la motivación de tipo aversivo y controla la experiencia de emociones negativas, mientras que el sistema de activación comportamental (BAS) regula la motivación para alcanzar experiencias placenteras, genera una tendencia comportamental hacia ellas y controla las emociones positivas.

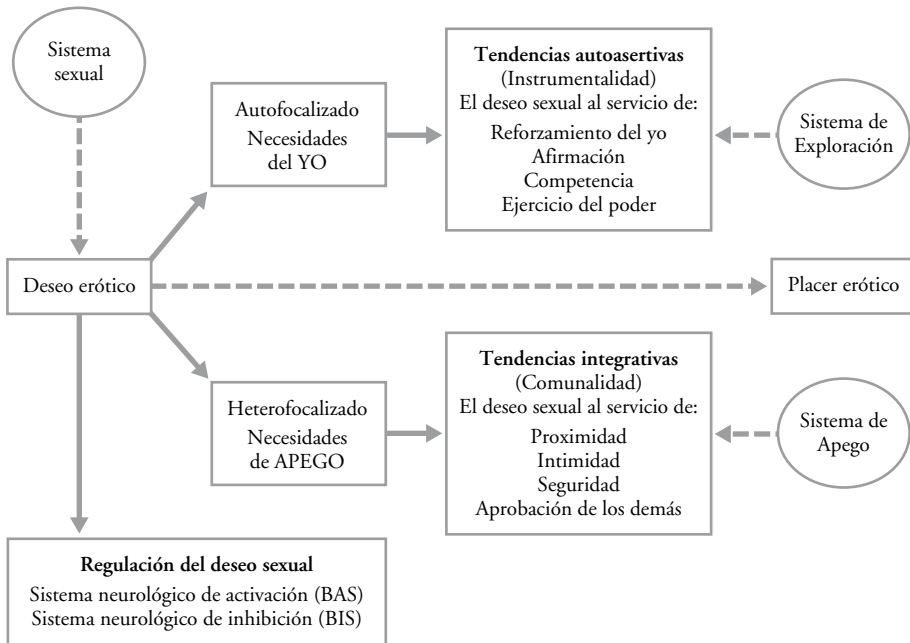


Figura 7.3. Regulación del deseo erótico, en función de los sistemas implicados.

Gray indica que las personas difieren en rasgos relativamente estables que marcan la tendencia hacia alguna de las dos disposiciones. En este sentido las personas que tienden a la inhibición son más sensibles a las amenazas y la punición, estando más predispuestas a reaccionar ante afectos negativos de manera temerosa o evitativa. Los individuos que tienden a la activación responden mejor a la recompensa estando más predispuestos a experimentar afectos positivos tendiendo, por tanto, a implicarse en comportamientos de búsqueda de experiencias placenteras.

La articulación e integración de ambos sistemas de modo armónico no siempre es fácil. La pareja humana adulta, a pesar de los avatares propios de los cambios culturales, parece ser el lugar óptimo de satisfacción de necesidades, aunque no el único posible. Considerando que las necesidades de vinculación afectiva y de satisfacción del deseo erótico se resuelven en la interacción entre dos personas, la necesidad de armonizarlas dentro del sistema de pareja se convierte en un reto tanto individual como de pareja. A mi modo de ver, gran parte de los conflictos surgen como resultado de la incapacidad de ajustar estos dos extremos. Desde la perspectiva del deseo erótico y ante las exigencias propias de las necesidades afectivas, el individuo concreto podría:

- a) Ajustarlo al sistema de pareja, sopesando el conjunto de necesidades y aceptando un cierto grado de renuncia, por ejemplo aceptando la fi-

delidad a la pareja respecto a la actividad sexual. En realidad se trataría de jerarquizar las necesidades y darle a la satisfacción erótica el lugar que le corresponde, en el conjunto.

- b) Negociar la fidelidad permitiendo recíprocamente actividad sexual más allá de la propia pareja. Esta situación requiere de una gran seguridad que conjure la potencial amenaza de pérdida o abandono, percibida en las relaciones externas al sistema de pareja.
- c) Transgredir la norma común aceptada, buscando formas clandestinas de satisfacción sexual, como relaciones con otras personas, o diversas formas de sexo comercial (prostitución, pornografía, Internet, etcétera). Tal situación puede darse como resultados de dificultades de comunicación y negociación, buscando de este modo una vía de escape.
- d) Violentar situaciones agrediendo a la propia pareja o a terceros. Ello se corresponde con personas emocionalmente alteradas.

Vemos, por tanto, que la satisfacción de esta motivación principal del deseo erótico deber ser «negociada». Esta negociación está mediatizada por los modelos operativos internos. Desgraciadamente, en ocasiones, la satisfacción del deseo se logra transgrediendo todo límite razonable a través de la agresión.

La importancia de la interacción

Fuente: Gómez-Zapiain, J. (2009).

La teoría del apego, centra su atención en la interacción. No se puede considerar que sea una pulsión de origen erótico la que impulsa al niño/a hacia su progenitor, generando un conflicto en relación a la dinámica placer-displacer, que tendrá que ser resuelto en el ámbito de las fantasías inconscientes, de manera aislada del mundo real. Más bien, el desarrollo psicológico se genera en la interacción, básica, esencial, supervivencial, que se produce entre el bebé y su figura de apego. Es en la relación, en la interacción, donde se generan las representaciones mentales que constituyen el modelo interno, cuya expresión, en condiciones normales, debe ser la base de seguridad.

Por ello, tal y como indica Mario Marrone (2004), la teoría del apego saca la sexualidad, el erotismo, de una psicología unipersonal. El apego la localiza en una relación en la que está en juego la calidad del vínculo afectivo. La capacidad humana para asociar la sexualidad a una relación tiene que ver con la calidad de las experiencias de apego.

La calidad, por tanto, de esta experiencia dependerá del grado de seguridad. Schnarch indica en su modelo del «quantum» que el nivel de satisfacción erótica depende de la estimulación física más los procesos psicológicos. Vale la pena hacer una lectura de esta ecuación desde la teoría del apego. En relación con el pri-

mer factor «estimulación física», diremos que no es suficiente la estimulación de los sentidos implicados en la experiencia erótica, sino de la percepción de las sensaciones. Deficiencias en la comunicación no verbal en la infancia, es decir, carencias en el contacto y la proximidad física, así como la ansiedad propia de la inseguridad en relación al apego, podrían justificar las dificultades de percepción de las sensaciones. Respecto al segundo factor «procesos psicológicos», la seguridad del apego puede ser el elemento de la ecuación que permita entregarse a la experiencia, empatizar con el otro, intensificar las sensaciones y darle significado.

Siguiendo la línea del análisis de la calidad de la experiencia erótica en relación con la importancia de la interacción, Sroufe (1996) apunta que existe una diferencia sutil entre el placer y el goce. El placer se refiere a la descarga. Una descarga de tensión puede producir placer, como una carcajada o un estornudo. Sin embargo, el goce posee el añadido de la interacción. Marrone (2004) aporta el siguiente ejemplo: una risotada de carácter reflejo en un niño puede producirle placer. Una risotada que es el resultado de la interacción con el padre o la madre que se esfuerzan en hacer el payaso para que el niño ría produce goce, es decir, esta segunda carcajada posee ese plus que conlleva la interacción misma y que le da significado. En el ámbito erótico, un orgasmo produce placer, pero el que se produce cuando se ha logrado una conexión empática fruto de la interacción en el espacio de la intimidad, eso probablemente es goce. No pretendemos hacer aquí ningún juicio de valor acerca de lo que es mejor o peor. En todo caso nos referimos a la calidad de la experiencia y al potencial que todo ser humano tiene para desarrollarla.

Ejercicios de autoevaluación

1. ¿Cuál es el origen de la motivación sexual y de la vinculación afectiva?
2. ¿Define los siguientes sistemas motivacionales: sexual, de apego y de cuidados?
3. ¿Cómo interactúan el sistema sexual y el de apego?
4. ¿Cómo es el perfil de comportamiento sexual de una persona con alta tendencia a la evitación?
5. Explica cómo el deseo erótico puede ser autofocalizado, puesto al servicio de necesidades de afirmación.
6. Explica cuál sería el mecanismo por el cual se puede utilizar el deseo erótico como ejercicio de poder.

8. Psicología de la respuesta sexual humana

Los estudios fisiológicos han hecho aportaciones al conocimiento de la sexualidad humana en dos grandes campos: la respuesta sexual y los procesos biofisiológicos de sexuación. A continuación describimos de modo resumido las principales aportaciones en relación con la respuesta sexual humana.

Ya desde mediados del siglo XIX encontramos en la literatura estudios de interés que trataban de explicar no solo la respuesta sexual sino los trastornos producidos en ella. A continuación se detallan algunos de los más relevantes:

- F. Roubaud, en el año 1855, escribió el libro titulado *Tratado de la impotencia y la esterilidad en el hombre y en la mujer*. En él hace una descripción de la respuesta sexual durante el coito que posteriormente fue corroborada, en parte por Masters y Johnson (Brecher, 1969).
- J. R. Beck describió las observaciones que había realizado de un orgasmo femenino en la *Revista Médica y Quirúrgica de San Luis* en el año 1872. Observó que el cuello del útero se entreabría y cómo se producían una serie de contracciones rítmicas sucesivas al experimentar el orgasmo (Brecher, 1969).
- Havelock Ellis, en el 1906, hace una de las primeras aproximaciones a una descripción completa de la respuesta sexual planteando que esta tendría dos secuencias. La primera se correspondería con una fase de

tumescencia, refiriéndose al efecto de vasodilatación y vasocongestión de los genitales y otras zonas erógenas, debido al proceso de excitación sexual. La segunda correspondería a la *detumescencia* o reversión del efecto anterior. Ellis se adelantó a su época en muchas de sus aportaciones, tanto en el ámbito de la psicofisiología, como en otros como la psicología, la antropología o la medicina.

- Van de Velde, ginecólogo holandés, estuvo muy interesado por el comportamiento sexual y sus dificultades en sus clientes. Escribió *Matrimonio feliz* (1926), obra en la que explicaba cuestiones referidas al comportamiento sexual, y aconsejaba a las parejas con el fin de prevenir dificultades. Este libro tuvo el gran mérito de hablar clara y abiertamente del comportamiento sexual en una época posvictoriana en la que el sexo continuaba altamente tabuizado. En él anticipa cuestiones referidas a la respuesta sexual que posteriormente fueron corroboradas por estudios posteriores desarrollados con medios técnicos muy superiores. Contiene también errores e imprecisiones propios de la época. Su obra fue ampliamente difundida y traducida a diversos idiomas.
- Wilhelm Reich (1933), en su obra *La función del orgasmo*, hace una de las descripciones más completas del ciclo de la respuesta sexual, haciendo hincapié en los cambios psicológicos del proceso. Las aportaciones de Reich al conocimiento de la sexualidad probablemente no se han valorado lo suficiente. La obra de Reich tiene grandes aportaciones y también excesos. Sin duda la descripción que hace del ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual en su obra, *La función del orgasmo*, es extraordinaria. Probablemente es la más completa, pues incluye descripciones psicofisiológicas avanzadas a su época, muy meritorias dada la escasez de medios técnicos del momento, así como una descripción del estado psicológico en cada momento del ciclo. Subraya la importancia del orgasmo en la salud psíquica y física y desarrolla el concepto de potencia orgásmica. Estos conocimientos se integraron en su propuesta psicoterapéutica a la que denominó «Vegetoterapia».
- R. L. Dickinson puede ser considerado como uno de los antecedentes más claros de las investigaciones de Masters y Johnson. Ginecólogo de profesión, realizó observaciones sistemáticas de la respuesta sexual humana. Utilizó un tubo de vidrio que le permitió observar los cambios que se producen intravaginalmente durante la respuesta sexual. Los resultados de sus investigaciones se recogen en su libro *Atlas de anatomía sexual* (Dickinson, 1933). Estuvo interesado en concreto en el estudio de la respuesta sexual femenina, respecto a la cual pensaba que el aprendizaje a través de la experiencia y el uso de la masturba-

ción eran factores muy importantes en el desarrollo de la capacidad orgásmica. Estos trabajos le llevaron a la construcción de un vibrador eléctrico como instrumento terapéutico para mujeres que tenían dificultades en conseguir el orgasmo. Por todo ello se le puede considerar como uno de los investigadores pioneros, dada la metodología de observación utilizada y la introducción de nuevas técnicas dentro del campo clínico (Brecher, 1969).

- Alfred Kinsey (1948, 1953) obtuvo una innumerable cantidad de datos recogidos a partir de miles de entrevistas cuyos resultados fueron publicados en sus famosos «Informes Kinsey». A partir de estos, plantea casi un modelo descriptivo que incluía procesos o posibles fases en la respuesta sexual tales como la excitación sexual, el orgasmo y los efectos o reacciones posteriores. Las aportaciones de Kinsey sobre la sexualidad de mujeres y hombres fueron ingentes. En relación con la respuesta sexual, vemos cómo se va perfilando el modelo actual descriptivo del ciclo de respuesta sexual. Kinsey plantea un primer momento de excitación, un segundo momento de orgasmo y unos efectos posteriores de retorno a la normalidad.
- Williams Masters y Virginia Johnson (1966) pueden ser considerados históricamente como los principales investigadores en la respuesta sexual humana. Su aportación supuso un gran avance en la historia de los conocimientos científicos en este campo. En su obra *La respuesta sexual humana* recogieron gran parte de los resultados de sus investigaciones en relación con el ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual, desarrolladas durante más de una década. Propusieron su conocido modelo de respuesta sexual compuesto por cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Este modelo fue ampliamente aceptado por el mundo científico en su momento. El gran salto dado respecto a sus antecesores citados anteriormente consistió en la metodología empleada, tanto en los instrumentos, como en la muestra. Los estudios anteriores se basaron en observaciones parciales de casos, en ocasiones especiales, que provenían de sus consultas clínicas. Salvo esfuerzos muy meritorios, las investigaciones anteriores carecían de instrumentos suficientemente precisos. Masters y Johnson desarrollaron instrumentos de medida sofisticados que les permitieron registrar innumerables datos neurofisiológicos, a partir de los cuales describieron con precisión el ciclo fisiológico de la respuesta sexual. Utilizaron una metodología observacional y experimental de la que cabe destacar el perfeccionamiento continuo de sus instrumentos.

La muestra fue variando según la evolución de la propia investigación. En un primer momento recurrieron a prostitutas y hombres voluntarios a

los que se les hizo una historia psicosexual, ocupacional y médica. De ellos fueron elegidos 3 hombres y 8 mujeres para los estudios anatómicos y fisiológicos de laboratorio. En un segundo momento, la muestra la constituyó un grupo de un alto nivel intelectual y económico procedente de la universidad y del hospital. Posteriormente, la muestra se amplió con criterios de mayor representatividad, aunque limitada en este tipo de investigación.

De los resultados que obtuvieron cabe destacar el modelo de respuesta sexual que especificaremos más adelante. Aunque el modelo pueda ser cuestionado, o por lo menos matizado como así lo hará Helen Singer Kaplan y autores posteriores, no cabe duda de que tiene un gran valor descriptivo. Fue adoptado por los clínicos e investigadores posteriores, abriendo considerablemente el campo de la investigación tanto en lo que concierne al terreno de la fisiología, como al de la clínica.

Sin embargo, su aportación en el campo de la psicología no ha sido tan importante. No se adscribieron a ninguna de las escuelas psicológicas, ni hicieron ningún esfuerzo en este sentido. Como continuación lógica de sus trabajos sobre la respuesta sexual, se preocuparon por las disfunciones sexuales. La clasificación que hicieron de estas —tanto en la mujer, como en el hombre—, fue de gran interés, aunque hoy superada, en parte, sobre todo a partir de los trabajos de H. S. Kaplan. Sus estudios sobre las disfunciones sexuales fueron plasmados en su libro *Incompatibilidad sexual humana* (1970). Desarrollaron también un formato de intervención clínica para el tratamiento de las mismas. En términos generales, sus aportaciones marcaron el umbral de lo que podemos denominar la terapia sexual moderna. Por primera vez se contemplaban las dificultades del ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual, como dificultades en sí mismas, en cierto modo despatologizadas y por primera vez contempladas también desde un punto de vista diádico. Este formato terapéutico es pobre desde el punto de vista psicológico, sobre todo cuando la disfunción proviene de un conflicto bien individual, bien de pareja, de moderada o elevada intensidad. Se basa fundamentalmente en el adiestramiento de la capacidad de comunicación de los miembros de la pareja y en la normalización de la expresión de las necesidades sexuales.

A continuación describiremos los diferentes modelos descriptivos del ciclo de respuesta sexual desde Masters y Johnson hasta la actualidad.

1. El ciclo de la respuesta sexual según Masters y Johnson

Masters y Johnson proponen su conocido modelo de respuesta sexual, recogido en su libro *La respuesta sexual humana* (1966) que consiste en cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución.

- *Fase de excitación.* Inicia el ciclo de respuesta sexual. Ante determinados estímulos eróticos el sistema sexual se activa y se producen los cambios fisiológicos correspondientes. La tumefacción genital es el cambio más típico que corresponde a esta fase. Se manifiesta en las modificaciones anatómo-fisiológicas, engrosamiento de los labios vulvares, cambio de tonalidad y sobre todo la aparición de la lubricación vaginal. En el hombre la respuesta equivalente es la erección. La fase de excitación se caracteriza por el grado de tensión sexual que la estimulación provoca.
- *Fase de meseta.* Se caracteriza por constituir un alto grado de excitación sexual. No ocurren cambios diferentes, en todo caso se incrementan los producidos en la fase anterior. En esta fase se alcanza el umbral mínimo para la consecución del orgasmo.
- *Fase de orgasmo.* Se trata de un reflejo que se dispara superado el umbral de excitación. El orgasmo supone la liberación de la tensión provocada por la vasocongestión y la miotonía producida en las fases anteriores.
- *Fase de resolución.* La resolución es la fase en la que todos los cambios producidos durante el ciclo vuelven a la normalidad, a sus valores normales (véase figura 8.1).

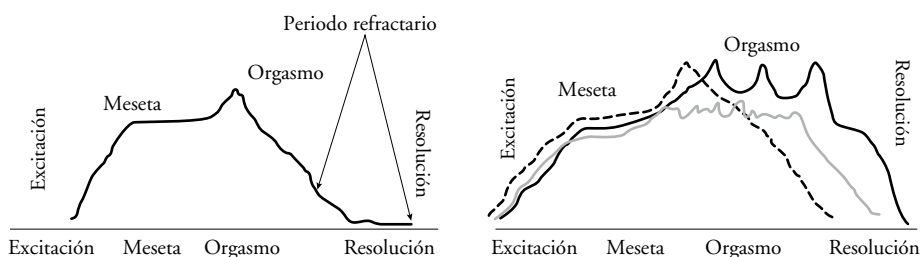


Figura 8.1. Ciclo de respuesta sexual masculina y femenina según Masters y Johnson.

Una de las principales aportaciones de Masters y Johnson fue la descripción de las diferencias del ciclo de respuesta sexual entre el hombre y la mujer. El hombre, después de la fase de resolución, entra en lo que ellos denominaron el periodo refractario en el cual no es posible la excitación. El inicio de un nuevo ciclo de respuesta sexual solo será posible pasado un cierto tiempo, que dependerá de algunas variables como la edad, el estado de salud, etc. En la mujer sin embargo no existe el periodo refractario, al contrario, la mujer tiene capacidad multiorgásmica.

2. La respuesta sexual según H. S. Kaplan

Partiendo del esquema del ciclo de respuesta sexual de Masters y Johnson, Helen Singer Kaplan cuestiona el modelo, aunque valora su capacidad descriptiva. Considera que la distinción entre excitación y meseta no tiene suficiente base empírica, puesto que se trata de dos momentos de la misma fase. Por otro lado, considera que es insuficiente la atención que otorgan a los factores psicológicos y motivacionales.

Las aportaciones de Kaplan surgen de sus observaciones clínicas, como psicoterapeuta e investigadora en el Hospital Cornell de Nueva York, y del análisis de los postulados anteriores. Antes de Masters y Johnson, se consideraba la respuesta sexual como si esta fuese una única entidad. En ella se englobaban todas las posibles dificultades sexuales de los hombres bajo el concepto de «impotencia» y las de las mujeres bajo el concepto de «frigidéz». El tratamiento era indiferenciado y a un mismo diagnóstico le correspondía un mismo tratamiento.

Desde el punto de vista de Kaplan, este concepto monista de la respuesta sexual contiene varios errores. Por un lado, el planteamiento monista en sí mismo, es decir, el ciclo psicofisiológico como un todo, y la creencia de que toda disfunción sexual tiene una causa profunda. Según la autora, tal concepto ha impedido el avance en el conocimiento de las disfunciones sexuales porque no permitía reconocer que la respuesta sexual no es una entidad indivisible, no tiene un solo factor patógeno, no es solo susceptible de un solo procedimiento terapéutico¹ (Kaplan, 1974, 1979).

El cuestionamiento fundamental que hace Kaplan del modelo de Masters y Johnson consiste en el concepto de fase. Ellos lo utilizan con valor meramente descriptivo. Sin embargo, Kaplan considera que cada fase constituye una entidad neurofisiológica independiente. Desde esta perspectiva, y en un primer momento, afirma que la respuesta sexual en ambos miembros de la pareja responde a su naturaleza bifásica, es decir, la respuesta sexual tiene dos fases bien diferenciadas desde un punto de vista neurofisiológico: excitación y orgasmo.

La fase de excitación se refiere a una reacción genital vasocongestiva que produce la erección del pene y lubricación vaginal en la mujer, además de importantes cambios extragenitales. La fase de orgasmo, contracciones musculares clónicas refleja altamente placenteras que constituyen el orgasmo.

¹ Una de las primeras rupturas con el concepto monista la estableció James Semans (1956), quien diferenció las dificultades eyaculatorias del resto de disfunciones. No llega a diferenciar explícitamente excitación y orgasmo como fases o entidades independientes, pero sus aportaciones abrieron esa posibilidad. Ideó un método eficaz para el tratamiento de la eyaculación precoz.

Las dos fases abarcan estructuras anatómicas diferentes estando inervadas por partes distintas del sistema nervioso autónomo. Así, la erección depende del sistema parasimpático, mientras que la eyaculación lo hace del simpático. Por ello, ambas fases pueden ser alteradas independientemente y bloquearse indistintamente una u otra, dando lugar a disfunciones específicas de cada fase. James Semans (1956) lo sugirió en su momento y Masters y Johnson aunque no citen específicamente esta naturaleza bifásica: puede deducirse que en sus planteamientos está tácitamente implícita.

Pasados cinco años de haber sido propuesto el modelo bifásico, Kaplan (1979), inducida por los resultados de su modelo terapéutico, revisa sus planteamientos y llega a algunas conclusiones. En primer lugar, las disfunciones sexuales pueden considerarse como efecto de los concomitantes fisiológicos de la angustia.

En segundo lugar se confirma la hipótesis de Masters y Johnson respecto a que la fuente de angustia sexualmente perturbadora puede ser mucho más simple y más consciente que lo que el psicoanálisis y la psicología tradicional postulaban. Recordemos que el psicoanálisis considera que la disfunción sexual es un síntoma de un conflicto profundo e inconsciente. En tercer lugar, el concepto bifásico de la respuesta sexual, es decir, que las fases de excitación y orgasmo son entidades separadas, se ha visto confirmado por la experiencia clínica.

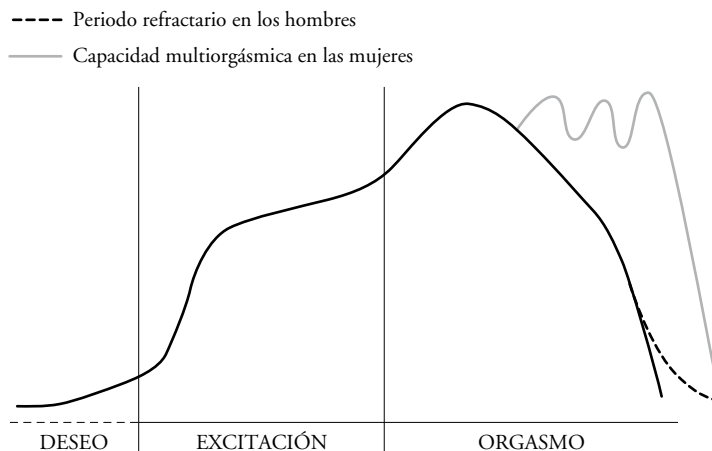


Figura 8.2. Modelo trifásico de la respuesta sexual según H.S. Kaplan.

Sin embargo, analizando la eficacia de sus tratamientos obtuvo los resultados siguientes: un 63% de éxitos, 7% de mejorías y 30% de fracasos. El elevado porcentaje de fracasos la lleva a analizar exhaustivamente el origen de estos. Como resultado, descubre que existen dificultades que no encajan en ninguna de las dos fases del modelo bifásico, puesto que no se tra-

ta de trastornos de excitación ni de orgasmo. A partir de este análisis llegó a la conclusión de que parte de los fracasos terapéuticos eran el resultado de un mal diagnóstico. Se estaban interpretando como si fuesen trastornos de la fase de excitación cuando, en realidad, se trataba de algo no definido conceptualmente todavía: el deseo sexual.

Modifica por tanto sus presupuestos anteriores y enuncia el «Modelo trifásico de la respuesta sexual». Como antecedente próximo citaremos a Lief (1977) quien poco antes escribió un artículo diferenciando el deseo sexual de la excitación y el orgasmo.

El modelo trifásico de respuesta sexual y, por tanto, la consideración de que la fase de deseo constituye una entidad neurofisiológica independiente, ha sido reconocido por la comunidad científica. De la misma manera que hasta ese momento se consideraba que la alteración de las fases de excitación u orgasmo generaba trastornos específicos, la alteración de la fase del deseo generará específicamente los trastornos del deseo. Sin duda la variante clínica más relevante de la alteración de esta fase es el deseo sexual hipactivo. El modelo trifásico de la respuesta sexual enunciado por Kaplan fue reconocido y recogido en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) de la American Psychiatric Association a partir de 1980.

En resumen, el Modelo Trifásico de la Respuesta Sexual comprende tres fases: deseo, excitación y orgasmo. Cada una de ellas respondería a entidades neurofisiológicas diferentes. Podrían ser alteradas independientemente, generando así los trastornos específicos de cada fase.

3. El modelo tridimensional de Schnarch

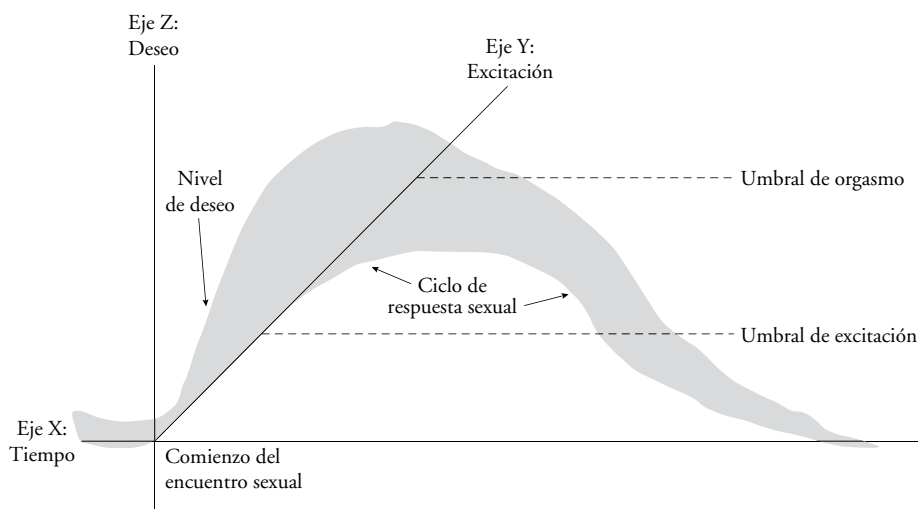
Durante la década de los ochenta se asumió casi sin discusión el modelo de Kaplan. Sin embargo, muchos de los investigadores teóricos y clínicos coinciden en manifestar la enorme dificultad de conceptualizar el deseo sexual.

Schnarch (1991) pone en cuestión algunos de los argumentos del modelo propuesto por Kaplan. La principal crítica radica la organización de las fases. ¿Se puede considerar que el deseo sexual es una fase cronológicamente anterior a las de excitación y orgasmo? ¿El deseo termina para dar paso a la siguiente fase: la excitación? ¿Cuál es el límite entre deseo y excitación?

Según Schnarch, el modelo de Kaplan no permite ponderar el nivel de deseo precedente al encuentro sexual, ni su intensidad, ni su dinámica a lo largo del ciclo de la respuesta sexual. Considera que el deseo no es tan solo una fase previa, sino que precede y acompaña a la excitación y al orgasmo.

Tal consideración es aceptada por autores como Levine (1984, 1987, 1988), Rosen y Leiblum (1988) entre otros. La representación gráfica del modelo trifásico muestra el error conceptual que contiene. La respuesta sexual no puede representarse en un solo plano. Es necesaria una representación tridimensional que incluya los tres ejes que intervienen en el ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual: a) la intensidad del deseo, b) el nivel de excitación, c) el tiempo transcurrido. Por ello propone un modelo tridimensional.

Este modelo corrobora la afirmación de Kaplan en cuanto a que se puede alterar una de las fases independientemente de las demás, por tanto el deseo puede inhibirse siendo posible la excitación o el orgasmo. No obstante, explica mejor cómo es posible que algunas personas puedan reproducir ciclos de respuesta sexual sin deseo. En la figura 8.3 se puede observar cómo el deseo acompaña al ciclo de respuesta sexual, en mayor o menor intensidad. Las personas con deseo sexual inhibido pueden alcanzar los umbrales mínimos que hacen posible la excitación y el orgasmo, sin embargo la experiencia subjetiva del conjunto puede ser tan frustrante, que, finalmente, se perfile como una dificultad que debe ser tratada por un especialista.



Fuente: Schnarch, D. M. (1991). *Constructing the sexual crucible. An integration of sexual and marital therapy*. Nueva York: N.W. Norton & Company.

Figura 8.3. Modelo tridimensional de la respuesta sexual.

La perspectiva tridimensional subraya otra carencia de las formulaciones tanto de Masters y Johnson, como de Kaplan. Ambos presuponen, o por lo menos no lo especifican, que la activación fisiológica es inexistente al principio del encuentro. El modelo tridimensional se ajusta mejor a la realidad fenomenológica, puesto que las personas acuden al encuentro sexual

con un determinado nivel de deseo y un cierto nivel de activación sexual. Ello estaría de acuerdo con la definición del deseo sexual de Leiblum y Rosen (1988) cuando indican que el deseo sexual es... lo que antecede y acompaña a la respuesta sexual.

4. El modelo del quantum

Una vez revisados los planteamientos acerca de la respuesta sexual humana, observamos que los modelos vigentes resultan válidos para la descripción de esta en términos fisiológicos; sin embargo, se muestran excesivamente simples para representar la experiencia erótica humana. Parecería que tales modelos son más adecuados para explicar la respuesta sexual de especies subhumanas.

Desde un punto de vista histórico encontramos a algunos autores que han ofrecido una visión más integral de la respuesta sexual humana, tal es el caso, como hemos visto anteriormente, de W. Reich (1974), quien describió no solo los cambios fisiológicos sino también los psicológicos que se producen a lo largo de ella. Recordemos que una de sus divergencias con el psicoanálisis ortodoxo hace referencia al hecho de que la integridad de la respuesta fisiológica no garantiza la ausencia de neurosis. El concepto de potencia orgásmica, aunque pueda ser teóricamente discutible, no deja de ser una aportación que refleja el sentido que tiene la disposición de los individuos hacia la experiencia profunda del placer. Para el psicoanálisis ortodoxo si no aparecía síntoma no existía neurosis; si un hombre no tenía problemas de erección no presentaría conflicto psicológico. Sin embargo para Reich la salud sexual, por tanto la salud mental, no dependía solo de la ausencia de síntomas, por ejemplo la erección o la lubricación vaginal, sino de la capacidad orgásmica, que para él era la capacidad de liberar toda la energía sexual en el acmé, en el orgasmo.

Salvadas las distancias con el marco teórico de referencia, recordemos que Wilhelm Reich está situado en la izquierda freudiana y que desarrolla sus teorías psicoanalíticas heterodoxas que dan lugar a la vegetoterapia como propuesta psicoterapéutica, destacaremos a Schnarch, quien propone una visión de la respuesta sexual muy integrada en la experiencia psicológica.

Schnarch, profundizando en el conocimiento de la respuesta sexual humana, a partir de su experiencia clínica, subraya la importancia de la capacidad de vivir intensamente el placer erótico. En esto encontramos un cierto paralelismo con Reich.

Este autor propone el modelo del quantum de la respuesta sexual que consiste en lo siguiente: el nivel total de activación que se puede alcanzar

en la experiencia sexual no depende solo de la estimulación física que se produzca, sino también de la estimulación psicológica. Por estimulación física se entiende la transmisión de sensaciones placenteras a través de los receptores sensoriales, y por estimulación psicológica la producida por los procesos cognitivos y emocionales. Por tanto, el modelo se podría expresar en la siguiente ecuación:

Nivel total de activación = Estimulación física + Procesos psicológicos

Las variables relacionadas con el modelo son definidas por Schnarch de la siguiente manera:

- *Nivel total de activación*: se refiere al total de la cantidad de estimulación que es menor que, igual a, o mayor que el nivel de respuesta fisiológica sexual.
- *Estímulo físico*: se refiere a la cantidad de estimulación sexual externa recibida. Está en función de la cantidad y calidad del estímulo sensorial y de la capacidad del cuerpo de transmitirlo, procesarlo y, sobre todo, percibirlo.
- *Procesos psicológicos*: se refiere al proceso emocional y cognitivo del receptor. Incluye la capacidad de focalizar sensaciones, la atribución de significado a experiencias sensoriales y al impacto de la ansiedad. Los procesos psicológicos son modulados por componentes intrapsíquicos y sistémicos, cuya naturaleza es emocional y cognitiva.
- *Umbral*: se refiere a la cantidad de estimulación sexual requerida para desencadenar la respuesta vasocongestiva asociada con la excitación y el orgasmo.

El nivel total de activación determina si ocurren los cambios en la fisiología sexual. Como ya indicábamos, las descripciones de la respuesta sexual son a menudo mecánicas desprovistas de «humanidad», complejidad o calor que toda persona busca en el sexo. La mayor parte de las descripciones son modelos aptos para describir el comportamiento sexual de especies inferiores en la escala filogenética.

En los humanos, el funcionamiento sexual implica más que un simple contacto físico; la manera en que la estimulación es experimentada y atendida juega un papel crucial en la determinación del nivel total de estímulo y el grado finalmente alcanzado. Lejos de la creencia generalizada de que el comportamiento sexual es una cuestión de «rendimiento físico», la sexualidad humana es fundamentalmente una experiencia psicológica significativa y profunda. Sin embargo, la capacidad de estimulación sexual de las personas está íntimamente relacionada con el mundo emocional. Tanto el deseo sexual, como la propia excitación sexual promueven la emisión de emoción.

nes tanto positivas (amor, atracción, deseo, cariño, calidez, confianza, ternura, etc.), como negativas (miedo, culpa, ansiedad, inmerecimiento, desconfianza, etc.). Las primeras optimizan la estimulación, mientras que las segundas las restringen.

Los recientes estudios realizados desde la perspectiva de la teoría del apego que relacionan el deseo sexual y la vinculación afectiva (Marrone, 2009; Gómez-Zapiain, 2009), indican que el deseo sexual se puede poner al servicio de otras necesidades como son: a) la necesidad de seguridad emocional a través del contacto físico y la proximidad psicológica (intimidad), y b) la necesidad de afirmación, de apuntalamiento o refuerzo del propio «yo». Por otro lado, es obvio que el deseo sexual puede ponerse al servicio de la satisfacción erótica en sí misma².

Ello refrendaría la propuesta de Schnarch en el siguiente sentido. El nivel de activación sexual, que podríamos asociar al grado de satisfacción de la experiencia, no depende solo de la estimulación física, sino fundamentalmente de los «procesos psicológicos». Estos son experimentados en forma de ansiedad. Si se me permite la broma, la ansiedad (activación) es como el colesterol; existe ansiedad de la buena y ansiedad de la mala. La primera es el resultado de emociones positivas, el amor, el enamoramiento, el apego, la comunicación, etc., mientras que la negativa se asocia a miedo, angustia, vigilancia, inseguridad. Tal vez por ello se dice que el mejor afrodisíaco es el enamoramiento. En efecto, el enamoramiento (ansiedad de la buena) forma parte de los procesos psicológicos que se suman a la estimulación física y potencian extraordinariamente la experiencia erótica, dotándola de un significado muy especial.

El concepto de umbral en la respuesta sexual que propone Schnarch está implícito en otros modelos explicativos. Cuando el nivel total de estimulación alcanza el umbral mínimo, aparecen los cambios fisiológicos necesarios para un adecuado comportamiento sexual. En la respuesta sexual aparecen dos umbrales. El primero indica el nivel de estimulación necesario para que se produzca la excitación sexual, y el segundo para que se desencadene el orgasmo. Por ejemplo, cuando la estimulación alcanza el umbral de la excitación, entonces aparece la erección en el hombre y la lubricación en las mujeres. El umbral del orgasmo opera de la misma manera. El orgasmo es básicamente un reflejo, similar al reflejo patelar por ejemplo. Aunque es más complejo, más intenso, y puede desencadenar más cantidad de ansiedad, es básicamente el mismo fenómeno.

Lo primero que hay que señalar es que las dos variables, que constituyen el nivel total de activación, funcionan de una manera complementaria e

² Estos aspectos han sido desarrollados en los capítulos dedicados a los afectos y al deseo erótico.

interactiva. Por ejemplo, un mismo nivel de activación total puede ser alcanzado por una mínima estimulación física y una intensa estimulación psicológica y viceversa. Como vemos, un decremento de estimulación física puede ser compensado por un incremento del foco de percepción y receptividad, produciendo un nivel de estímulo equivalente, tal y como se expresa en la figura 8.4.

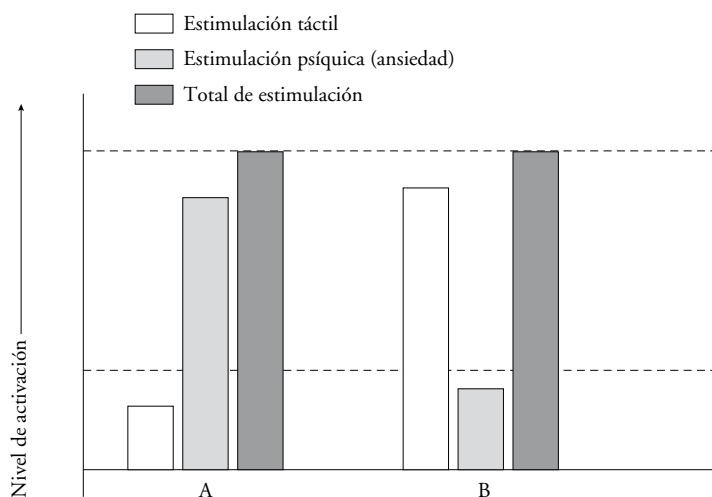


Figura 8.4. Modelo del quantum de Schnarch.

Desde este punto de vista, cuando de lo que se trata es de una experiencia erótica profunda más que de un funcionamiento sexual de mínimos, las relaciones complejas entre las emociones particulares asociadas a la situación, el funcionamiento psicológico, los esquemas eróticos y las actitudes sexuales llegan a ser más significativos que la experiencia producida por la estimulación sensorial, tacto, vista, oído, gusto y olfato.

La estimulación física está en función del tipo de estímulo, la localización de la estimulación, de la duración de la caricia, de la concentración en la experiencia. Pero sobre todo de la percepción de las sensaciones por parte del que las recibe. La percepción es subjetiva, por ello la estimulación física dependerá de la capacidad de dejarse llevar por los efectos de la estimulación sensorial. Esta capacidad puede ser interferida por la ansiedad. Una cuestión es sentir los diversos estímulos y otra percibirlos. La ansiedad puede funcionar como un filtro que impide la percepción de las sensaciones eróticas e incluso inhibirlas.

La interacción entre ambos miembros de la pareja mediatiza la capacidad de estimulación física de ambos. Las restricciones que el receptor imponga determinan la técnica del compañero. Por tanto, la estimulación física y los

procesos internos del receptor no son independientes. La estimulación física puede ser óptima cuando el receptor está dispuesto a reconocer tanto sus sensaciones como sus procesos internos y los de su compañero, lo cual implica la capacidad de aprender y modificar los estilos de interacción. Tal disposición requiere de la intimidad que muchas parejas no soportan³.

Los procesos psicológicos constituyen, como hemos visto, parte esencial en el total de estímulo del modelo del quantum. Incluyen procesos cognitivos, que a su vez comprenden esquemas y estilos de procesamiento de información, y procesos afectivos emocionales. Todo ello puede potenciar la experiencia sexual como una experiencia psicológicamente profunda y significativa o, por lo contrario, restringirla o alterarla. Desde un punto de vista clínico este modelo ayuda a explicar la ocurrencia de dificultades sexuales concretas.

La ansiedad, como es sabido, forma parte de este amplio conjunto de variables que Schnarch engloba bajo el término «procesos psicológicos». Su efecto en la respuesta sexual ha sido discutido por los diversos autores (Masters y Johnson, 1966; Kaplan, 1974, 1979; Rosen y Leiblum, 1995). En general se considera que tiene un efecto negativo y que está en la base de las dificultades sexuales; sin embargo, se requiere un determinado nivel de ansiedad en la activación de la respuesta sexual. La explicación radica en el hecho de que la ansiedad mantiene una relación curvilínea más que lineal respecto a la excitación y el orgasmo (Barlow, 1986; Schnarch, 1991).

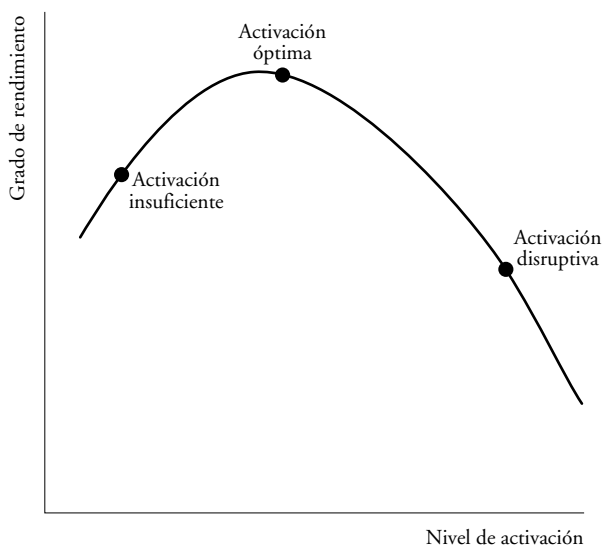


Figura 8.5. Niveles de activación.

³ Confrontar con el capítulo 7 dedicado a la sexualidad de los adultos.

Un excesivamente bajo nivel de ansiedad podría impedir alcanzar el grado de activación necesaria para el desarrollo de la respuesta sexual. El nivel adecuado de ansiedad eleva la activación aumentando la atención y la focalización en la experiencia erótica. Por el contrario, niveles altos de ansiedad repercuten negativamente en la función sexual (veáanse los puntos A, B y C de la figura 8.5). Kaplan cita varias fuentes principales: el miedo a la intimidad, la ansiedad de ejecución, el miedo al fracaso y la excesiva necesidad de complacer al otro. Una importante fuente de ansiedad podría ser explicada desde la perspectiva de la teoría del apego. La hipervigilancia en la intimidad, propia del perfil ansioso-ambivalente podría justificarla⁴.

La revisión de la literatura científica permite comprobar que no están suficientemente aclarados tanto el origen de la ansiedad como sus efectos en las fases de respuesta sexual humana. No parece que existan patrones generalizables, ya que finalmente la ansiedad es el resultado de la interacción de multitud de factores que podrían explicar las diferencias de vulnerabilidad individual. Para muchas personas, determinados niveles de ansiedad tienen un impacto debilitador, mientras que esos mismos niveles pueden potenciar la respuesta sexual en otras.

En la figura 8.6 reproducimos a modo de ejemplo la aplicación del modelo del quantum en la explicación de algunas dificultades sexuales:

- El modo A representa la dificultad en la excitación. Como se ve, el nivel total de estímulo no alcanza el umbral de la excitación. A pesar de que la estimulación táctil pueda ser incluso intensa, la resultante de los procesos psicológicos tiene un valor sustractivo.
- El modo B expresa gráficamente dificultades con el orgasmo. El nivel de estimulación táctil o física puede ser intensísimo. Como se observa, se ha traspasado el umbral de la excitación, sin embargo el efecto distorsionador de los procesos psicológicos impide superar el umbral del orgasmo.
- El modo C representa gráficamente el orgasmo prematuro, en el que una excesiva estimulación psicológica en relación a una mínima estimulación física, dispararían rápidamente el nivel total de estímulos hacia el umbral del orgasmo.

⁴ Una mayor profundización del efecto de los modelos internos en la respuesta sexual se halla en Gómez-Zapiain, J. (2009). *Apego y sexualidad. Entre el vínculo afectivo y el deseo sexual*. Madrid: Alianza Editorial.

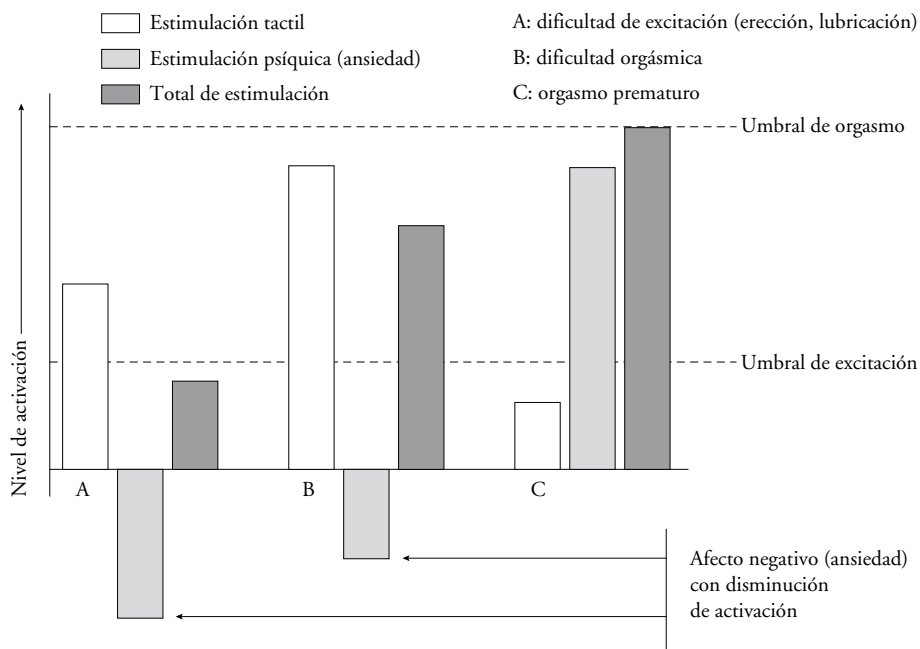


Figura 8.6. Papel de la ansiedad en las dificultades sexuales según Schnarch.

5. Potencial erótico

En el punto dedicado a los antecedentes de los estudios acerca de la respuesta sexual se citaba la aportación de Wilhelm Reich a través de su obra *La función del orgasmo*. En ella este autor describe el concepto de «potencia orgásmica» que se refiere a la capacidad de dejarse llevar plenamente por los movimientos involuntarios de la última parte de la respuesta sexual hasta alcanzar el *acmé*, punto culminante del orgasmo. Este tendría como función permitir que la energía sexual fluyese armónicamente y se liberase impidiendo de este modo bloqueos somáticos primero y caracteriales después. Por ello, según este autor, la «potencia orgásmica» se relaciona con un estado genérico de salud mental.

Salvando las distancias, sobre todo de orden teórico, Schnarch propone un concepto que podría tener un cierto paralelismo respecto a la propuesta de Reich. Se trata de lo que este autor denomina el potencial erótico. Según este autor, todo ser humano posee un potencial erótico que podría ser desarrollado, como cualquier otra capacidad humana. Se podría establecer un continuo entre la disfunción sexual, la experiencia erótica no conflictiva y el erotismo de alto nivel. Sin embargo, parecería que el desarrollo del potencial erótico, más allá de lo que se requiere para un adecuado comportamiento sexual estándar, quedaría inexplorado.

La evolución puede haber asegurado que los humanos están programados para perpetuar la especie, pero esto no garantiza que la satisfacción sexual y la intimidad erótica estén aseguradas. Como indica Schnarch, la capacidad erótica humana no es inherente al comportamiento sexual o a la función genital. Es un potencial que puede ser desarrollado. La creencia de que el coito es el grado máximo de intimidad que dos personas pueden alcanzar responde más a estereotipos culturales que al potencial erótico que ellas pueden desarrollar y que puede ser incluso independiente del coito en sí mismo. No olvidemos que los estereotipos culturales surgen de una tradición sexista en la que el potencial erótico de la mujer ha sido permanentemente silenciado, y en la que el modelo masculino, impositivo y genitalizado, ha imperado.

Dicho de otro modo, el objetivo no tendría que ser el coito en cuanto a mera experiencia sensorial, sino el desarrollo del potencial de intimidad erótica que puede ser inherente al propio coito.

Algunos autores han sugerido un símil entre el erotismo en relación con los deportes atléticos y el ejercicio físico. Las normas sociales apoyan tan solo niveles utilitarios de intensidad erótica. Determinadas personas integran en sus vidas la experiencia sexual como el ejercicio físico, es decir, lo indispensable. Otras deciden desarrollar su potencial erótico lo más intensamente posible.

La diferencia entre la propuesta reichiana de «potencia orgásmica» y el «potencial erótico» de Schnarch estriba en que, para Reich, la potencia orgásmica sería un indicador de salud mental, estableciendo una relación entre neurosis y capacidad orgásmica. Sin embargo, para Schnarch, el desarrollo del potencial erótico se relaciona más con el interés del desarrollo del crecimiento personal, no asociado necesariamente a la salud mental.

En este sentido, el desarrollo del potencial erótico es algo que podría desarrollarse. Sería un error convertir esta capacidad en una obligación. Cada persona, según su proyecto personal, debe darle al erotismo el peso que considere oportuno. Para algunas se convierten en una cuestión central en sus vidas, otras valoran y desarrollan otros aspectos personales. El desarrollo del potencial erótico forma parte del sistema sexual que, como ya se ha indicado, interactúa con otros sistemas como el de apego, de cuidados y de exploración.

En términos de crecimiento personal habría que diferenciar si la limitación del desarrollo del potencial erótico se debe a una decisión personal, o a limitaciones o conflictos con la gestión del propio deseo sexual, expresado a través de inhibiciones o resistencias. El papel de los profesionales de la psicología estriba en la invitación al desarrollo de este potencial, como una fuente de riqueza, que incluye variables como el placer erótico en sí mismo, la comunicación, el amor, la vinculación afectiva, la afirmación, la

autoestima, la seguridad, o, en su caso la orientación hacia la psicoterapia individual o de pareja.

6. Componentes de la respuesta sexual humana

A partir de los conocimientos acerca de la respuesta sexual humana descritos anteriormente, convenimos en aceptar el modelo trifásico propuesto por H. S. Kaplan, aceptado en general por toda la comunidad científica. La respuesta sexual humana está compuesta por tres fases: deseo, excitación y orgasmo. En este punto describiremos cada una de las fases.

6.1 Deseo sexual

El deseo sexual, desde la perspectiva de lo que podríamos denominar la nueva terapia sexual, ha sido estudiado con interés a partir de las aportaciones de Lief (1977) y, particularmente, de H. S. Kaplan (1974, 1979). A lo largo de las décadas de los 80 y 90 han surgido abundantes estudios científicos de los que cabe destacar las dificultades encontradas por los autores para concretar el concepto mismo de deseo sexual. En el capítulo dedicado al deseo sexual se ha profundizado en la idea de que este constituye una dimensión muy relevante en el conjunto de la identidad sexual y de género en función de su orientación, y no puede ser reducido exclusivamente a una parte de la respuesta sexual humana, aunque es evidente que forma parte de ella. No obstante, en este capítulo focalizaremos la atención en el deseo sexual como parte de la respuesta sexual.

Conviene recordar las aportaciones tanto de Kaplan, de Levine, como de Schnarch, explicadas anteriormente. Kaplan indica que el deseo sexual debe ser considerado como una entidad neurofisiológica independiente del resto de las fases, es decir, de la de excitación y orgasmo. El deseo sexual debe ser entendido como una emoción, así que podemos aplicar todo el conocimiento acumulado sobre las emociones. Por tanto, se trata de una activación emocional basada en sus bases neurofisiológicas, sustentadas en atribuciones cognitivas, que genera una tendencia de acción hacia la búsqueda de placer erótico a la que se le atribuyen una serie de significados subjetivos. Levine (1988) indica que el deseo sexual se estructura en ideas y se articula en el conjunto de la personalidad. Rosen y Leiblum propone el deseo sexual como una emoción que antecede y acompaña a la respuesta sexual. Se pueden tener relaciones sexuales con o sin deseo. Schnarch propone un cierto juego de palabras, identificando el deseo con la pasión. De ese modo se podrían mantener relaciones sexuales con o sin pasión, con o

sin deseo. Un hombre se dirigió a mí para hacerme una consulta informal acerca de su comportamiento sexual y me dijo:

«... yo en realidad no tengo problemas sexuales. Me excito, tengo erecciones y llego al orgasmo sin excesiva dificultad. Mi problema es que esto no me dice nada. Firmaría ahora mismo para no volver a tener relaciones sexuales.»

Este es un ejemplo de inhibición de la fase de deseo en el ciclo fisiológico de la respuesta sexual.

Recordemos que cada fase, entendida como entidad, puede alterarse independientemente de las demás, dando lugar a los trastornos específicos de cada fase.

6.2 La excitación sexual

La excitación sexual es la segunda fase de la respuesta sexual. Tal y como se ha expuesto anteriormente en el modelo trifásico de respuesta sexual propuesto por Kaplan, la excitación sexual constituye una entidad neurofisiológica propia aunque relacionada con el resto de la respuesta sexual. Ello significa que tanto desde el punto de vista anatómico, neurológico, como hormonal, está regida por elementos propios. Por tanto, no debe confundirse con el deseo erótico. En realidad el deseo sexual y la excitación son dos formas distintas de activación que actúan sinérgicamente. Alguien podría experimentar un fuerte deseo sexual y no estar excitado, es decir, podría no activar los cambios fisiológicos propios de esta fase. Del mismo modo, alguien podría mostrar estos signos de excitación como respuesta a determinados estímulos sensoriales, aunque los centros hipotalámicos que activan el deseo no estén activados.

La excitación sexual se produce como respuesta a estímulos eróticos y se expresa en una serie de cambios tanto genitales, como extragenitales. Estos se producen como efecto de la activación del reflejo de vasodilatación que, a su vez, produce el fenómeno de vasocongestión.

En las mujeres los fenómenos más relevantes y típicos de la excitación sexual son dos, por un lado la lubricación vaginal y por otro, lo que Masters y Johnson denominaron la «plataforma orgásmica»⁵. Esta consiste en una tensión especial de los músculos perivaginales, resultado de la vasodilatación y vasocongestión. Cabe reseñar que la lubricación es el resultado de un exudado de las paredes vaginales. Ello ocurre exclusivamente como resultado de la excitación sexual, no sucede en ningún otro proceso fisiológico.

⁵ La plataforma orgásmica juega un papel importante en la génesis del orgasmo en las mujeres, tal y como se verá posteriormente.

Cuadro 8.1. Reacciones genitales durante la fase de excitación

<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>
Lubricación o sudación vaginal.	Erección del pene.
Hinchazón o tumefacción del clitoris.	
Dilatación y engrosamiento de la vagina.	Engrosamiento y elevación del escroto.
Expansión y elevación del útero.	Elevación y rotación del testículo.
Alisamiento y separación de los labios mayores.	
Engrosamiento y coloración de los labios menores.	Incremento de la circunferencia de la corona del glande.
Plataforma orgásmica.	Coloración púrpura de la corona del glande.
Retracción del clitoris.	
Secreción mucosa de las glándulas de Bartholino.	Secreción de las glándulas de Cowper.

Cuadro 8.2. Reacciones extragenitales durante la fase de excitación

<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>
Crecimiento del pecho y erección de los pezones.	Erección de los pezones.
Rubor sexual.	Rubor sexual.
Tensión y contracciones musculares (miotonía).	Tensión y contracciones musculares (miotonía).
Aumento de la tasa respiratoria.	Aumento de la tasa respiratoria.
Aumento del ritmo cardíaco.	Aumento del ritmo cardíaco.
Aumento de la presión sanguínea.	Aumento de la presión sanguínea.
Contracciones en el esfínter del recto	Contracciones en el esfínter del recto.

En los hombres, el fenómeno equivalente es la erección. En el pene se hallan los cuerpos cavernosos y el cuerpo esponjoso, caracterizados por su capacidad de dilatación, pero sobre todo por su capacidad de retener la sangre. La erección, por tanto, se produce por la vasocongestión (tumefacción) que se produce por el incremento del caudal sanguíneo en la zona genital, como efecto de la vasodilatación de los vasos sanguíneos. La erección se mantiene porque al mismo tiempo se produce el fenómeno de vasoconstricción de los vasos venosos que retienen el flujo sanguíneo. En realidad el mecanismo de la erección es similar a un sistema hidráulico, en el que la sangre es el fluido. Aunque, como ya se ha indicado, cada fase de la respuesta sexual constituye una entidad neurológica diferente y que, por motivos incluso didácticos, conviene insistir en su independencia, no se puede negar que se influyen mutuamente. Por ello, cuando una persona tiene el deseo sexual activado, su sistema perceptivo se abre a estímulos con valor erótico y estos activan la fase de excitación.

El tiempo de activación de la fase de excitación puede variar ostensiblemente. Puede durar escasos minutos o prolongarse durante un periodo mayor. Ello depende de variables tales como el tipo de estimulación, su intensidad y su continuidad. Las fantasías eróticas y estímulos simbólicos ejercen un importante papel en la excitación sexual. En estos momentos es cuando se puede comprobar que el deseo erótico, constituyendo una fase diferente, contribuye a la intensidad de la excitación tal y como se ha explicado anteriormente en el modelo tridimensional de respuesta sexual. En estos casos ambas formas de activación entran en sinergia.

Sin embargo, la fase de excitación requiere de concentración y continuidad en la estimulación y es muy vulnerable a la ansiedad que surge de estímulos negativos, sea cual sea su origen.

6.3 El orgasmo

El orgasmo constituye la tercera fase de la respuesta sexual humana. Se trata fundamentalmente de una respuesta refleja que surge tras la superación del umbral de activación y se caracteriza por una serie de contracciones involuntarias asociadas a sensaciones altamente placenteras. La definición del orgasmo no resulta sencilla por su elevada carga de subjetividad. Como ejemplo citamos a José Antonio Carrobles (1990), quien lo define de la siguiente manera:

Ante todo, en un primer nivel de aproximación al fenómeno, el orgasmo puede describirse en términos puramente subjetivos, como una experiencia sumamente placentera, caracterizada por la brusca e instantánea liberación de toda la excitación o tensión sexual acumulada previamente, tanto a escala física, como neuronal y psicológica, a través de un instante de suspensión, de inactivación mental, de extremado goce y de intensas sensaciones físicas, seguidas de una igualmente rápida desactivación o relajación de toda la tensión acumulada.

El orgasmo es una experiencia de duración escasa, puede durar varios segundos, se trata de la fase más corta del ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual. Dado su alto grado de subjetividad, el orgasmo es una experiencia muy personalizada, varía de un individuo a otro, así como entre diferentes situaciones. Las diferencias pueden estribar en factores tanto físicos (edad, estado de salud), como psicológicos (estado de salud mental) o sociales que determinan las actitudes hacia la sexualidad, basadas estas en principios ideológicos, y en posiciones psicológicas, tanto estructurales como situacionales. También dependerá del tipo de vinculaciones afectivas entre los actores.

Una vez más, conviene considerar el modelo del quantum propuesto por Schnarch. Según este, el nivel total de satisfacción no depende solo de la

estimulación física, sino también de los procesos psicológicos. Por ello la intensidad del orgasmo dependerá, entre otros factores, del significado que se le atribuya a la mera reacción fisiológica. Son estos significados los que difieren considerablemente entre las personas. El sexo, globalmente considerado, entendido como motivación erótica, puede ser puesto al servicio no solo de la satisfacción del placer erótico, sino también al de otras necesidades, como son las de apego o las de afirmación (Gómez-Zapiain, 2009).

A través del sexo alguien podría buscar reproducir situaciones de proximidad psicológica y contacto corporal similares a las obtenidas en el regazo materno, relacionadas estas con la seguridad, el bienestar y la profunda comunicación a través de la intimidad. Del mismo modo, alguien podría poner el sexo al servicio de la afirmación personal, utilizándolo como una forma de ejercicio del poder.

El orgasmo, de igual modo que en las fases anteriores, puede ser afectado por fuentes de ansiedad que proceden de la aparición de emociones negativas como el miedo, la inseguridad, la hipervigilancia, los sentimientos de culpa, la tendencia a la erotofobia, etcétera.

6.3.1 Teorías explicativas del orgasmo

En términos generales se puede afirmar que la experiencia subjetiva del orgasmo propiamente dicho no difiere en gran medida entre mujeres y hombres. Dicho esto, se constata que, dado el origen evolutivo relacionado con su función reproductora, el tipo de respuesta orgásmica, desde el punto de vista no tanto subjetivo como fisiológico, puede variar entre los sexos. Veamos las características propias del orgasmo entre mujeres y hombres:

- *El orgasmo en los hombres.* En relación con el orgasmo masculino, existe un conjunto de investigaciones que aportan algunas evidencias respecto a la posibilidad de que hubiese diferentes tipos de respuesta orgásmica entre los varones. Estas diferencias podrían estribar en cantidad de contracciones clónicas, o incluso en la posibilidad de orgasmos múltiples. A día de hoy las aportaciones de la investigación no han conseguido un grado de evidencias suficientemente contrastadas como para mantener la existencia de tales diferencias. Estas podrían ser en todo caso diferencias de tipo cuantitativo, más que cualitativo. Por tanto, se mantiene de un modo consensuado que solo existe un tipo de orgasmo masculino, en condiciones normales. Desde un punto de vista descriptivo, el orgasmo en el hombre se compone de dos subfases: la emisión y la eyaculación propiamente dicha.

La fase de emisión consiste en el desplazamiento de los tres componentes del semen: los espermatozoides, el líquido prostático y el lí-

quido seminal. Ello ocurre por contracciones involuntarias de las estructuras que los producen, es decir, los testículos, el epidídimo, las vesículas seminales y la próstata. Estas contracciones previas se producen de modo reflejo a partir de un cierto umbral de excitación sexual, siendo su acción disparada desde la médula espinal. El objetivo de esta reacción consiste en la colocación del semen en la parte posterior de la uretra. Simultáneamente se produce la contracción del esfínter interno de la vejiga o esfínter vesical, lo que impide el retroceso del semen y su reversión al interior de la vejiga urinaria; además se produce la contracción y el cierre del esfínter externo de la uretra, reteniéndose el semen en la cavidad del bulbo uretral. De este modo y de forma progresiva se va almacenando este en esta zona produciendo la sensación de inevitabilidad eyaculatoria.

La fase de eyaculación propiamente dicha produce el disparo de potentes contracciones de los músculos perineales que se hallan en la base del pene. Tales contracciones impulsan firmemente el semen hacia el exterior, son rítmicas y de gran intensidad, experimentadas en la zona uretral del pene, identificadas por el hombre como las sensaciones de orgasmo.

- El orgasmo en las mujeres. Si en el caso de los hombres se puede aceptar la existencia de un único tipo de orgasmo, no ocurre lo mismo en el caso del orgasmo de las mujeres. Echando la vista hacia atrás, debemos remontarnos al inicio del siglo xx, momento en el que Sigmund Freud elabora su teoría psicoanalítica. En este contexto, el psicoanálisis ortodoxo considera dos tipos de orgasmo en las mujeres: uno clitoridiano, cuando se produce por procedimientos distintos al coito que implican una estimulación directa del clítoris, y el vaginal, resultado de la estimulación coital. El psicoanálisis no solo propuso la existencia de estos dos tipos de orgasmo, sino que hizo una valoración clínica de la cuestión, considerando el orgasmo clitoridiano propio de mujeres inmaduras, neuróticas, fijadas en la fase genital del desarrollo psicosexual. A la sazón, consideraba el orgasmo vaginal como propio de mujeres que habían alcanzado un grado óptimo de madurez psicosexual.

Esta formulación psicoanalítica ha trascendido culturalmente generación tras generación hasta llegar a nuestros días. Es la responsable de la creencia generalizada de la existencia de estos dos tipos de orgasmo, y ha abonado la creencia en muchas mujeres, a mi modo de ver infundada, de que la ausencia de orgasmo en el coito es una disfunción sexual.

Algunos autores coetáneos como Havelock Ellis y Van de Velde entre otros, ya aportaron evidencia empírica, bien por observaciones sistemáticas, bien por experiencia clínica, de que los argumentos psicoanalíticos no

se sostenían. Sin embargo, tenemos que avanzar en la historia hasta la década de los sesenta, momento en el que Masters y Johnson inician sus investigaciones. Como ya hemos indicado anteriormente, se puede considerar a estos autores como un hito histórico en el estudio de la respuesta sexual humana, tanto por el rigor de sus trabajos, como por la amplitud de la muestra. Estos autores, en su libro *La respuesta sexual humana*, corrigen las formulaciones psicoanalíticas con los siguientes resultados de investigación:

- a) No existen dos orgasmos, el orgasmo es una única respuesta psicofisiológica.
- b) El órgano fundamental en la activación del orgasmo es el clítoris, estructura esta dotada de numerosas terminaciones nerviosas.
- c) Las contracciones musculares clónicas propias del orgasmo surgen a partir de la plataforma orgásmica, conjunto de músculos perivaginales pertenecientes al grupo pubococcígeo.
- d) El interior de la vagina carece de un número significativo de terminaciones nerviosas.
- e) Cuando el orgasmo se produce en el coito, no ocurre por la estimulación del pene a la vagina, sino a través de una estimulación indirecta del clítoris.

Las afirmaciones freudianas no estaban sustentadas en evidencias empíricas, sino en especulaciones interpretativas de material clínico, inducidas por su propia teoría, más que por constataciones objetivas contrastables y replicables. Sin embargo, socialmente esta creencia ha calado de tal forma que ha llegado a nuestros días.

Situados ya en la década de los setenta del siglo pasado, parecería que el postulado general de Masters y Johnson acerca del orgasmo es definitivo. Sin embargo, así como esta afirmación se puede mantener en el caso de los hombres, no así en el de las mujeres. La polémica acerca de la existencia de otros tipos de orgasmo se ha mantenido y llega hasta la actualidad.

El mantenimiento de la posibilidad de que existan varios tipos de orgasmo en las mujeres no significa en absoluto una reconsideración de los postulados freudianos, los cuales se consideran superados.

Tomadas en cuenta las líneas de investigación que se desarrollan a partir de Masters y Johnson, estas podrían clasificarse en dos grupos: uno monista y otro dualista. Un planteamiento monista acerca del orgasmo significa que solo existe un tipo de orgasmo en las mujeres. Los planteamientos dualistas mantienen la existencia de dos o más tipos. Es preciso indicar que, probablemente, la mayoría de los autores se mostrarían de acuerdo con la línea monista, sin embargo, un número no despreciable de autores y trabajos de investigación defenderían el planteamiento dualista respecto al orgasmo en las mujeres.

Masters y Johnson son los principales representantes de la *línea monista*. Como ya hemos indicado, ellos mantienen que el orgasmo es un único proceso o estructura anatomofisiológica: se trata de un único reflejo que puede ser desencadenado por diversos estímulos, siendo el clítoris el principal. El orgasmo propiamente dicho se desencadena por estimulación directa o indirecta del clítoris a partir de las contracciones musculares involuntarias de tipo clónico que se producen en la plataforma orgásmica, tensión especial en los músculos perivaginales (pubococcígeo), que se produce como resultado del proceso de vasodilatación y vasocongestión en la fase de excitación.

Los investigadores posteriores adscritos a esta línea monista no cuestionaron sus postulados sino que trataron de profundizar en ellos. Precisamente a partir de estos resultados centraron su atención en la importancia de la participación de la musculatura pélvica en el orgasmo. Se retomaron los trabajos previos de Kegel (1952)⁶ quien mantuvo que existía una relación causal entre el tono muscular y la capacidad tanto del control de los esfínteres como en la capacidad orgásmica.

Un claro ejemplo de investigación en esta línea fueron los trabajos de Mary Jane Sherfey (1966, 1974) quien explicó que el orgasmo es un reflejo espinal disparado por el incremento de la presión sobre los receptores elásticos de la musculatura pélvica, siendo efecto de la vasocongestión y la correspondiente dilatación de las estructuras vasculares, principalmente de los bulbos vestibulares. Las contracciones de los músculos circunvaginales serían una respuesta a esa tumefacción. La finalidad del orgasmo consistiría en el drenaje del caudal de sangre acumulada en esas estructuras. Ello se lograría a partir de las contracciones involuntarias de tipo clónico responsables de las sensaciones orgásmicas.

La implicación directa de los músculos pélvicos, especialmente los músculos pubococcígeos, en el orgasmo empezó a decaer posteriormente, habida cuenta de los resultados contradictorios aportados por investigaciones solventes que no conseguían establecer con suficiente evidencia la relación entre el tono muscular y su relación con el orgasmo. En la actualidad algunos terapeutas siguen utilizando los famosos ejercicios de Kegel, consistentes en el entrenamiento de los músculos perivaginales, como técnica para la recuperación del orgasmo. Tal vez habría que relativizar esta técnica en función de las aportaciones científicas disponibles.

⁶ Kegel propuso los conocidos como «ejercicios de Kegel» que consistían en el reforzamiento de los músculos perivaginales encaminados a mejorar el tono muscular. Estos ejercicios han tenido dos tipos de aplicaciones, una relacionada con la retención de la orina en mujeres multíparas o de edad avanzada, y otra relacionada con la potenciación del orgasmo. No está demostrado que el tono muscular de la musculatura perivaginal esté asociada a la capacidad de orgasmo.

Algunos investigadores tomaron en consideración las diferencias encontradas entre los datos estrictamente psicofisiológicos y las descripciones subjetivas que las mujeres hacían de sus propios orgasmos. Desde el punto de vista fenomenológico, algunas mujeres describen el orgasmo como una experiencia más bien exterior, epidérmica, muy placentera. Otras en cambio lo describían como una sensación profunda que, partiendo del interior, se irradiaba por todo el organismo. El intento de profundizar en estas diferencias abrió paulatinamente lo que se ha venido en denominar una *línea dualista* en la explicación del orgasmo en las mujeres. Ello significó la aceptación de la posibilidad hipotética de la existencia de más de un tipo de orgasmo femenino. La primera de las descripciones subjetivas hechas por algunas mujeres parece que se ajusta el tipo de orgasmo descrito por Masters y Johnson, al que en la literatura se denomina orgasmo vulvar. Las sensaciones placenteras del orgasmo corresponderían a las contracciones involuntarias que se inician en la plataforma orgásmica siendo el desencadenante el clítoris. La segunda descripción correspondería a la posibilidad de que las contracciones involuntarias no se iniciasen en la plataforma orgásmica sino en el útero, siendo estas más potentes, abriendo ello la posibilidad de que existiese un orgasmo llamado uterino. Dicho de otro modo las investigaciones en esta línea contemplan la posibilidad de la existencia de modelos de orgasmo más complejos.

Una de las primeras propuestas en esta dirección fue la sugerida por Cyril Fox y Beatrice Fox (1981) apoyados en su estudio sobre medidas de la presión intravaginal e intrauterina obtenidas por radio-telemetría en mujeres durante la relación de coito y la experiencia del orgasmo. Sus trabajos obtuvieron alguna confirmación de que en este tipo de orgasmo, denominado por ellos mismos orgasmo uterino, las contracciones en el útero son mucho más potentes que las producidas en la plataforma orgásmica del orgasmo vulvar. El problema de esta aportación radica en que, tratándose de un estudio de caso único, no se obtuvieron réplicas suficientes, dada la complejidad de las técnicas empleadas. Por ello, esta aportación no fue aceptada en su momento.

Continuando en esta misma línea, cabe citar los trabajos del modelo sugerido por Irving Singer y Josephine Singer (1982) que incluye hasta un total de tres orgasmos diferentes en la mujer: un *orgasmo vulvar*, caracterizado por contracciones rítmicas e involuntarias de la plataforma orgásmica, un *orgasmo uterino* y un *orgasmo combinado* o mixto. Tal y como recoge José Antonio Carrobles (1990) estos autores considerarían el orgasmo uterino como un orgasmo terminal, y caracterizado por contracciones mucho más intensas en el mismo útero. Finalmente estos autores proponen la existencia de un orgasmo combinado o mixto, mezcla de los otros dos tipos.

Posteriormente, el modelo dualista de orgasmo femenino propuesto por Fox y Fox, así como por Singer y Singer, fue la base de las investigaciones de

Perry y Whipple (1981, 1982), quienes profundizaron considerablemente en sus investigaciones. Tal vez la aportación más curiosa de estos autores fue la integración en el modelo del famoso y controvertido *punto G*. Estos autores tuvieron que afrontar los siguientes retos. Por un lado, la evidencia empírica aportada por Masters y Johnson sobre el modelo de orgasmo único fue bastante concluyente, por lo que no fue en absoluto cuestionado por la comunidad científica. Recordemos que este tipo de orgasmo surge de las contracciones de la plataforma orgásmica, activadas fundamentalmente por la estimulación del clítoris. Además, estos autores demostraron que las paredes vaginales poseen muy pocas terminaciones nerviosas, por lo que su aportación al orgasmo es más bien escasa. En cualquier caso los movimientos coitales no estimularían la vagina, sino, a través de ella, e indirectamente, el clítoris.

Siendo esto así, Whipple y Perry se enfrentan al hecho de tener que demostrar que existe una base tanto anatómica, como fisiológica, que sustenta el modelo del orgasmo uterino. Para ello recogen e integran las aportaciones efectuadas por Ernest Grafenberg (1950), quien defendió la existencia de una zona de especial sensibilidad situada en el primer tercio de la zona anterior de la vagina, paralela esta al canal uretral, de naturaleza prostática: el denominado *punto G*. Como vemos, la denominación se hizo en homenaje al autor que lo propuso. Según la teoría propuesta por Whipple y Perry, existirían estos tipos de orgasmo en la mujer:

- *Orgasmo vulvar*. Producido esencialmente por la estimulación del clítoris. Desencadenado a través de las contracciones involuntarias de tipo clónico de la plataforma orgásmica, y producido por el desencadenamiento del reflejo pudiendo a través del músculo pubococcígeo.
- *Orgasmo uterino*. Desencadenado por la estimulación del punto G. Activado por un reflejo del nervio pélvico y desencadenado a través de contracciones esencialmente del útero.
- *Orgasmo combinado*. Más que un tercer tipo de orgasmo, los autores se refieren a la posibilidad de que se pudiesen dar los dos tipos anteriores en una misma mujer. En definitiva, podría haber mujeres cuyo modelo de respuesta orgásmica fuese bien vulvar, bien uterina, o ambas. Ello explicaría las diferencias fenomenológicas halladas en los testimonios aportados respecto a la experiencia orgásmica.

Las aportaciones de estos autores han sido rigurosas e innovadoras. Cabe destacar la creación de un instrumento de medida consistente en la aplicación de sensores electromiográficos adaptados a un dispositivo similar al anillo del diafragma utilizado como método anticonceptivo. Mediante este dispositivo consiguieron obtener registros simultáneos tanto del músculo pubococcígeo perivaginal, como de las paredes uterinas.

Cuadro 8.3. Reacciones genitales durante la fase de orgasmo

<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>
<i>Vagina.</i> Liberación de la tensión acumulada principalmente en las zonas perivaginales, plataforma orgásmica, músculo pubococcígeo (isquio y bulbo-cavernoso), a través de contracciones rítmicas e involuntarias, de tipo clónico.	<i>Fase de emisión.</i> Contracciones involuntarias de estructuras que producen los componentes de semen: testículos, epidídimo, vesículas seminales, próstata. <i>Fase de eyaculación.</i> Contracciones involuntarias de músculos perineales.
<i>Esfínter anal.</i> Mismo tipo de contracciones por asociación al grupo de músculos pubococcígeos.	<i>Pene.</i> Durante el orgasmo, especialmente durante la segunda fase del mismo, se producen contracciones rítmicas en la uretra del pene, a lo largo de la misma, aunque originadas en la parte posterior del pene, y que acaban por implicar por completo a este. Estas contracciones siguen un ritmo y una secuencia prácticamente idénticos a las de la mujer.
<i>Abertura exterior de la uretra.</i> Distensión momentánea e involuntaria.	<i>Esfínter anal.</i> Se producen contracciones involuntarias similares a las producidas en la mujer.
<i>Útero.</i> Inmediatamente después de comenzado el orgasmo se producen una serie de contracciones rítmicas en el útero, de forma paralela y simultánea con las ocurridas en la vagina. Estas contracciones comienzan propiamente en el fondo del útero y descienden gradualmente hasta el segmento inferior o cuello del mismo (estructura esta que se relaja ligeramente), y son similares, en su modo, a las producidas en la fase inicial del parto, aunque, obviamente, de menor intensidad.	

Cuadro 8.4. Reacciones extragenitales durante la fase de orgasmo

<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>
Las reacciones extragenitales del orgasmo son muy parecidas a las producidas en la fase de excitación, ya descritas anteriormente. Tal vez la diferencia radica en el grado de intensidad.	

En el ámbito de la investigación de la respuesta sexual, existen algunas líneas abiertas de menor calado y, hoy por hoy, bastante discutibles, como son la existencia de una suerte de eyaculación femenina, o la posibilidad de capacidad multiorgásmica en los hombres. Respecto a lo primero los propios Whipple y Perry han trabajado en esta hipótesis, manteniendo que en algunas mujeres se produce durante el orgasmo la expulsión de un líquido diferente a la orina y que pudiese proceder de un órgano similar a la próstata. Sin embargo, los datos de los que se dispone son suficientemente contradictorios como para mantener su existencia. Respecto a lo segundo, existe la creencia en algunos ámbitos próximos a la filosofía tántrica de que todo hombre que se entrenase en este sentido podría controlar la fase de emisión de la fase de eyaculación propiamente dicha en su respuesta orgásmica. Hasta donde llega el conocimiento del autor, no existen evidencias científicas que avalen tal hipótesis.

Es necesario insistir en la idea de que, aun aceptando la posibilidad de la existencia de dos tipos de orgasmo, estos nada tiene que ver con las afirmaciones freudianas en la medida en que estas no distinguían los dos tipos de orgasmo sobre la base de los diferentes patrones de respuestas neuromusculares del útero o de la vulva, ni partían de la experimentación directa como lo han ido haciendo los investigadores en este campo, sino únicamente atendiendo al material narrativo de las sesiones clínicas.

6.3.2 Algunas consideraciones acerca del orgasmo

En el punto anterior hemos podido comprobar la evolución de los conocimientos acerca del orgasmo, tanto sobre los que existen pocas dudas, como aquellos que siguen resultando polémicos o discutibles. En cualquier caso los estudios han ido evolucionado de la descripción de simples y restringidas respuestas periféricas como la miotonía, las contracciones musculares o la dinámica vascular, a modelos más complejos de orgasmo, donde los aspectos neuronales adquieren relevancia. Tal y como indica Carrobbles (1990) el orgasmo parece ser una sincronización o combinación de elementos tanto somáticos, como subjetivos o psicológicos.

Así como desde el punto de vista somático, que aquí tan solo esbozamos, el conocimiento del que se dispone es bastante completo y concluyente, no lo es tanto desde el punto de vista psicológico. No cabe duda de que el orgasmo y el conjunto de la respuesta sexual se produce como respuesta a estímulos eróticos, algunos de los cuales se resuelven de un modo simple a nivel medular (arco reflejo). Sin embargo, la respuesta se activa por otros circuitos aferentes conectados con amplias zonas del sistema nervioso central, en particular con la corteza cerebral. Por ello, la respuesta sexual está claramente influida por la experiencia vital en su conjunto. De ahí que los

recuerdos de experiencias, las fantasías eróticas —que no dejan de ser construcciones mentales—, los significados atribuidos a los comportamientos y las emociones asociadas a la propia respuesta sexual, sean fuentes de estimulación tan potentes como los estrictamente físicos o sensoriales. Por esto el deseo erótico y la respuesta sexual humana son tan vulnerables a la experiencia vital.

Los distintos modelos teóricos encontrados en la literatura científica acerca del orgasmo adolecen de una clara limitación, a saber, la escasa integración de los elementos subjetivos que intervienen en el resultado final de la activación de la respuesta sexual, que modifican, especializan o, en cualquier caso, modulan o modifican la percepción de los propios estímulos eróticos. Desde el punto de vista de la Psicología de la sexualidad, algunas de las aportaciones más importantes en este sentido, ya se han descrito anteriormente. Por ejemplo, el modelo de secuencia de la respuesta sexual de Byrne (Byrne y Kelley, 1986), del cual surge el constructo erotofilia-erotofobia, que como sabemos se trata de la disposición (actitud) al erotismo, o el modelo de ciclo psicósomático de respuesta sexual propuesto por Bancroft (1989) en el que se subraya la importancia del efecto de la cognición en el sistema límbico que interviene en la regulación de la respuesta sexual, o los efectos de los sentimientos de culpa sexual propuesto por Donald Mosher (1979).

Mención especial debemos hacer de las aportaciones de Wilhelm Reich, quien, en su libro *La función del orgasmo* (1927), hace una de las descripciones más completas de lo que supone la experiencia total del orgasmo, incidiendo en la experiencia psicológica más profunda, ello de manera independiente a la aceptación de sus teorías acerca de la energía psíquica, el orgón, y su relación con la salud mental, las cuales son altamente discutibles. Uno de los conceptos propuestos por Reich se refiere al de «potencia orgásmica», considerado por él como un indicador de salud mental. Este concepto sin duda es discutible, pero su reformulación podría aproximarlo al concepto de «potencial erótico» propuesto por Schnarch, descrito anteriormente.

La capacidad de vivir intensamente el erotismo es un potencial humano que puede ser desarrollado y que, como diría Félix López, pertenece al reino de la libertad. Ello significa que la salud mental en relación con la sexualidad no depende del máximo desarrollo del potencial erótico, sino de la decisión consciente del peso que el erotismo debe tener en el proyecto vital personal. Es decir, se trata de la integración armónica, en el conjunto de la psicología individual, del grado de desarrollo del potencial erótico que cada individuo decida libremente, sin presiones de tipo técnico, ideológico o moral, regulado ello a través de un elemental sentido ético tanto personal como social.

6.4 La resolución

El concepto de fase de resolución aparece en gran parte de la bibliografía acerca de la respuesta sexual, por ello lo recogemos en este punto. Sin embargo, vale la pena hacer una valoración crítica.

Algunos manuales lo recogen siguiendo la inercia del modelo de respuesta sexual propuesto por Masters y Johnson. Recordemos que ellos proponían en su modelo de respuesta sexual cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Recordemos también que posteriormente Helen Singer Kaplan valoraba este modelo por su capacidad descriptiva, pero criticaba el concepto mismo de fase. De este modo, ella indicó que excitación y meseta forman parte de una misma fase, la excitación. Por otro lado, orgasmo y resolución tampoco pueden considerarse fases distintas, constituirían la fase de orgasmo. La resolución, por tanto, no es sino una vuelta a la normalidad del organismo, la reversión de las alteraciones producidas por la activación y sucesivos cambios psicósomáticos propios de las sucesivas fase de la respuesta sexual, deseo, excitación y orgasmo, tal y como se ha descrito anteriormente.

Ejercicios de autoevaluación

1. Explica el modelo de respuesta sexual de Masters y Johnson y haz una valoración y crítica.
2. Explica el modelo trifásico de respuesta sexual de H. S. Kaplan.
3. Explica el modelo del quantum que propone Schnarch.
4. ¿Qué diferencia existe entre el deseo sexual y la excitación sexual?
5. ¿A qué se refiere Schnarch cuando plantea el concepto de «potencial sexual»?
6. Después de Masters y Johnson se han desarrollado dos líneas de investigación respecto al orgasmo, una monista y otra dualista. Explica en qué consiste la línea dualista.

9. Salud sexual y dificultades sexuales

A lo largo de la historia de los estudios científicos de la sexualidad se puede constatar el interés demostrado por los distintos autores, investigadores y clínicos, por evaluar los comportamientos sexuales. Uno de los intereses de la psicología en el campo de la sexualidad ha sido precisamente la evaluación de estos y el desarrollo de estrategias efectivas para la resolución de las dificultades sexuales.

Durante el siglo pasado los estudios sexológicos se centraron en el estudio de la patología, de las desviaciones, perversiones y aspectos degenerativos (Kraft Ebbing, 1886). A partir de autores como Havelock Ellis (1896) y otros pioneros del estudio de la sexualidad se inicia el interés por estudiar los comportamientos sexuales en condiciones normales y la necesidad de evaluarlos.

Desde nuestro punto de vista, los objetivos que la evaluación de los comportamientos sexuales debe perseguir son:

- a) Hacer una propuesta de salud sexual.
- b) Ofrecer una taxonomía de los comportamientos sexuales.
- c) Elaborar instrumentos de medida.

Uno de los objetivos de la evaluación de los comportamientos sexuales consiste en proporcionar datos relevantes para elaborar criterios de salud sexual con el fin de poder determinar cuáles pueden considerarse saludables y cuáles no; esta constituye una primera clasificación esencial. Sin embargo, la inercia de la moral sexual dominante ha sido tan intensa y ha impregnado de tal forma los campos del saber respecto a la sexualidad en la cultura occidental, que el criterio de «normalidad sexual» ha sido sumamente restringido, y ni siquiera ha podido ser discutido por lo menos hasta años recientes.

Los antropólogos han mostrado la variabilidad de los comportamientos sexuales desde una perspectiva intercultural. Una visión intracultural permite observar a la sociedad occidental como plural, articulada desde diversos perfiles ideológicos. Por tanto, no es posible, ni tampoco necesario, llegar a un criterio unívoco de salud sexual. Si se observa la pluralidad y la variabilidad tanto de comportamientos sexuales, como de contextos donde estos se desarrollan, no cabe proponer una clasificación cerrada, sino criterios amplios que nos permitan discriminar lo saludable de lo que no lo es. Sin embargo, se debe tener un extraordinario cuidado y ser extremadamente crítico con la emisión de un discurso científico que sea, *per se*, fundador de trastornos ficticios.

Hagamos una aproximación a esta cuestión. Johnson y Belzer (1973) indicaron diversos criterios que definirían la «normalidad» o la «anormalidad» de los comportamientos sexuales: el clínico, el moral, el cultural, el estadístico y el personal, lo cual muestra la necesidad de no hacer reduccionismos simplistas del concepto de normalidad. La OMS (1975) propuso una definición conceptual de los criterios de salud sexual que, dada la importancia universal de este organismo, se ha constituido en una inevitable referencia tanto para los profesionales de la salud, como para los trabajos de tipo científico y divulgativo. La definición que propone es la siguiente:

La salud sexual es la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores, que potencien la personalidad, la comunicación y el amor.

Según Mace, Bannerman y Burton (1974) la sexualidad saludable debe incluir tres elementos básicos:

1. La aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductora y para regularla de conformidad a una ética personal y social.
2. La ausencia de temores, sentimientos de vergüenza y culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiban la reacción sexual o perturben las relaciones sexuales.
3. La ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedades y deficiencias que entorpezcan la actividad sexual y reproductora.

Félix López realizó en su momento una de las mejores propuestas que integra los principales criterios de salud sexual (López, 1994). En síntesis propone cinco criterios básicos:

1. *Criterio social:* Tiene en cuenta las creencias y valores sociales dominantes. Es saludable lo que el medio social de referencia considera como tal.

2. *Criterio estadístico*: Valora los comportamientos sexuales desde el punto de vista del criterio de «normalidad» estadística. Es saludable lo que hace la mayoría.
3. *Criterio subjetivo*: Considera el punto de vista de cada persona respecto a su propia satisfacción sexual. Es saludable lo que el sujeto considera así, en el ámbito de su privacidad.
4. *Criterio de pareja*: Plantea la necesidad de tener en cuenta el punto de vista del otro respecto a la satisfacción sexual. Es saludable lo que el sistema de pareja ha consensuado.
5. *Criterio científico*: Basado fundamentalmente en los conocimientos científicos interdisciplinarios suficientemente contrastados sobre la sexualidad humana.

1. Clasificación de los trastornos sexuales

En la primera parte de este texto se ha dedicado un capítulo a la aproximación al concepto de sexualidad. En él se mantiene que la sexualidad es el modo en que cada persona se sitúa en el mundo en función de su propia sexuación. Dicho de otro modo, es la forma de estar en el mundo en tanto que mujer u hombre, considerando que hay tantos modos de serlo como personas somos. Parafraseando el título de la mítica canción interpretada por Frank Sinatra «My way», cada persona es hombre o mujer «a su manera». El erotismo forma parte del modo de ser mujer u hombre.

Partiendo de esta visión amplia del concepto de sexualidad, consideramos que la sexualidad se refiere a dos categorías bien definidas:

- a) La que hace referencia a la *división orgánica como hombres y mujeres*, y a las cualidades que las distinguen.
- b) La que hace referencia al *comportamiento erótico*.

Siendo coherentes con esta fundamentación conceptual, toda aproximación taxonómica a las dificultades sexuales deberá incluir estas dos grandes categorías. Por tanto, las personas podrían tener dificultades en la aceptación e integración de su identidad sexual y de género, es decir, con su modo de ser mujer u hombre. Por otro lado, podrían tener problemas con el deseo erótico, con su configuración y gestión, y también con las dificultades concretas que surgen a lo largo de las fases del ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual.

El objetivo de toda clasificación consiste en organizar taxonómicamente los elementos que componen un fenómeno, en nuestro caso los problemas psicológicos y psicofisiológicos derivados de la sexuación humana. El conocimiento acumulado y el consenso científico permiten contar en la actualidad con clasificaciones cada vez más precisas. Una buena taxonomía es esencial para una adecuada evaluación y comprensión del fenómeno que vamos a analizar.

Sin embargo, es necesario mantener una visión crítica acerca de las clasificaciones. Estas deben ser entendidas tan solo como mapas de situación. Un mapa permite orientarnos, dirigirnos hacia un lugar, tomar decisiones en las encrucijadas. Pero tan solo es eso, un mapa, una representación de la realidad. A través del mapa podemos anticipar el camino, podemos calcular los recorridos, podemos intuir qué es lo que nos vamos a encontrar. La realidad, sin embargo, es otra cosa. A menudo, la realidad nos sorprende cuando vamos siguiendo fielmente el recorrido que indica el mapa. El mapa es una representación, la realidad está trufada de datos diversos como la temperatura, el color, los aromas, el paisaje. En ocasiones la realidad nos enfrenta a cuestiones no previstas en el esquemático mapa.

Algunos profesionales, sobre todo los neófitos, tienden a abusar de las clasificaciones, forzando la realidad. No es posible introducir la realidad de una persona en una casilla. La clasificación es una referencia para la comprensión del fenómeno, no es el fenómeno en sí.

En relación con las clasificaciones de los problemas sexuales, se han producido diversas propuestas a lo largo de los años, esencialmente en el último cuarto del siglo pasado. Citaremos brevemente las más importantes: Wolpe (1969), Masters y Johnson (1970), Annon (1974), Kaplan (1974, 1979) Schover, Friedman, Weiler, Heiman, LoPiccolo (1982). En nuestro entorno más próximo cabe destacar el esfuerzo integrador de las propuestas de los diversos autores, realizado por José Antonio Carrobles, bajo la denominación de «Sistema clasificatorio integrado tipológico-funcional de los problemas sexuales» (Carrobles, 1991), el cual no se circunscribe tan solo al ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual, sino que ofrece un amplio espectro de las posibles dificultades sexuales.

En el ámbito de la psicología clínica, no podemos dejar de citar los grandes sistemas clasificatorios de los trastornos mentales como son el DSM IV-TR propuesto por la American Psychiatric Association (APA) Y los criterios de CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ambos incluyen criterios diagnósticos para la evaluación de los problemas sexuales.

Teniendo en cuenta las principales propuestas clasificatorias, siendo coherente con el concepto de sexualidad que se ha defendido en este texto, se expone a continuación una propuesta clasificatoria, que está fundamentada en el «Sistema tipológico funcional» propuesto por Carrobles, aunque se han introducido algunas modificaciones que, a mi modo de ver, actualizan algunos conceptos. Obsérvese que en los epígrafes aparecen los conceptos «trastornos» y «dificultades». El sentido de esta matización consiste en intentar suavizar la tendencia de las taxonomías a calificar todas las modalidades como trastornos, cuando algunas no pasan de ser dificultades de integración de algunas realidades. Por ejemplo, una persona podría tener dificultades en la integración de su identidad sexual y de género y sufrir por

ello hasta el punto de requerir tratamiento psicológico y no alcanzar la dimensión de un trastorno en sentido estricto. La diferenciación corresponde al juicio del clínico del profesional correspondiente.

Las dificultades y los trastornos relacionados con la sexualidad humana se agrupan en cinco grandes categorías:

1. *Trastornos y dificultades relacionados con la «identidad sexual».* En esta categoría se incluyen las dificultades y trastornos asociados con la identidad sexual. También se incluyen dificultades en relación a la integración y aceptación del modo en que cada persona se siente mujer u hombre. Conviene aclarar que en el concepto identidad sexual van incluidas todas las cuestiones relacionadas con las atribuciones culturales al hecho sexual, normalmente englobadas en lo que convencionalmente se considera el género. Por tanto en esta categoría se incluirían tanto los trastornos de la identidad sexual en sentido estricto, como la transexualidad o el transgenerismo, como aquellas dificultades relacionadas con la identidad sexual y de género que suponen lo que podríamos denominar un cierto «déficit» de identidad. Es decir, algunas personas podrían sufrir por la falta de aceptación de su forma personal de ser mujer u hombre en comparación con las exigencias sociales al respecto. Este malestar puede relacionarse con la imagen corporal o con modos de ser o rasgos de personalidad discrepantes con el «ideal» de masculinidad o feminidad propuesto culturalmente e introyectado. El autoconcepto y la autoestima podrían verse dañadas por tal situación.
2. *Trastornos y dificultades relacionados con la configuración y gestión del «deseo sexual».* En esta categoría se incluyen los trastornos y las dificultades en relación con la integración del deseo erótico en el conjunto de la personalidad. Consideramos que el deseo erótico es una emoción compleja que a partir de sus bases neurofisiológicas, se configura en función de la integración de elementos cognitivos y afectivo emocionales procedentes de los contenidos culturales y de la biografía del sujeto a través de las experiencias eróticas propias.
Algunos de los trastornos de esta categoría se relacionarán con la propia configuración del deseo erótico y con la capacidad de regulación del mismo. Es decir, dada una configuración determinada algunas personas muestran serias dificultades en la gestión del deseo erótico. Experimentado este, algunas personas muestran dificultades para encauzarlo y regularlo transgrediendo los límites elementales de control, procediendo a la agresión sexual como modo de acceder a la satisfacción.
3. *Trastornos y dificultades relacionados con el ciclo psicofisiológico de la «respuesta sexual».* En esta categoría se incluyen las dificultades

des y los trastornos que se producen a lo largo del ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual, utilizando como referencia el modelo trifásico de la respuesta sexual. El deseo sexual, como motivación esencial, puede activar el ciclo psicofisiológico de respuesta sexual y pueda activar o no comportamientos sexuales explícitos, bien autoeróticos, bien compartidos. Una vez activada la respuesta sexual, esta puede ser alterada en cualquiera de sus fases: en el propio deseo sexual, considerado este como una fase de la respuesta sexual, en la fase de excitación o en la de orgasmo. Los trastornos propios de cada fase da lugar a lo que se consideran comúnmente en la literatura científica las disfunciones sexuales.

4. *Trastornos y dificultades producidos como resultado de «agresiones sexuales».* En esta categoría se incluyen aquellas dificultades o trastornos producidos a consecuencia del trauma generado por una agresión sexual. Dentro de las agresiones sexuales consideraremos el acoso sexual, las relaciones sexuales forzadas, con violencia física o sin ella, la violación en cualquiera de sus modalidades, y el abuso sexual infantil, con violencia física o sin ella, intra o extrafamiliar. Los trastornos sexuales ocasionados por las agresiones sexuales se manifiestan en forma de inhibición generalizada, evitación fóbica, estrés postraumático, alteraciones de la respuesta sexual, alteraciones tanto en la configuración y gestión del deseo, además de otras alteraciones más allá de la órbita estrictamente sexual. Como tales, estos trastornos podrían ser integrados en categorías anteriores, pero siendo su origen un brutal atentado a la biografía personal, y dadas las características comunes a todas las agresiones sexuales pueden ser consideradas como una categoría propia.
5. *Trastornos y dificultades producidos por los privados y oprimidos respecto al ejercicio de su sexualidad.* En esta categoría se incluyen los trastornos derivadas de las personas oprimidas y privadas del libre ejercicio del comportamiento sexual debido a situaciones especiales como ocurre en personas que sufren algún tipo de incapacidad bien física o sensorial, bien psíquica. También puede ocurrir en aquellas personas privadas de libertad, aunque la evolución de las leyes y la modernización de los tratamientos de reinserción en la sociedad de las personas que cumplen penas de cárcel respetan el derecho a las relaciones sexuales, minimizando la génesis de trastornos por esta causa. Un ejemplo evidente es la negación de la necesidad de experiencia erótica, a valorar, en los discapacitados psíquicos debida a la creencia injustificada de que este colectivo carece de interés y si se manifiesta o se niega, o se reprime.

Cuadro 9.1. Clasificación de los trastornos y dificultades sexuales

<i>Categorías</i>	<i>Modalidades</i>
<p><i>1. Trastornos relacionados con la identidad sexual</i></p> <p>En esta categoría se incluyen las dificultades y trastornos asociados con la identidad sexual. También se incluyen dificultades en relación a la integración y aceptación del modo en que cada persona se siente mujer u hombre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Transexualidad</i> – <i>Transgenerismo</i> – <i>Deficiencias en la identidad sexual</i>
<p><i>2. Trastornos relacionados con la configuración y gestión del deseo sexual</i></p> <p>En esta categoría se incluyen los trastornos y las dificultades en relación con la integración del deseo erótico en el conjunto de la personalidad y con la adecuada gestión del mismo. El deseo sexual se puede alterar por su intensidad o por su orientación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Por su intensidad:</i> – Deseo sexual hipoactivo (hipoactividad, inhibición) – Deseo sexual hiperactivo (sexo compulsivo, adicción al sexo). – <i>Por su orientación:</i> – Orientaciones atípicas del deseo sexual (parafilias). – Hacia objetos no humanos. – Hacia situaciones de sufrimiento o humillación propio o de la pareja. – Hacia niños o personas que no consienten.
<p><i>3. Trastornos relacionados con el ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual</i></p> <p>En esta categoría se incluyen las dificultades y los trastornos que se producen a lo largo del ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual, utilizando el modelo trifásico de la respuesta sexual, deseo, excitación y orgasmo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Trastornos de la fase deseo sexual:</i> – Deseo sexual inhibido. – Deseo sexual hiperactivo. – <i>Trastornos de fase de excitación sexual:</i> – Inhibición de la fase de excitación en las mujeres (dificultades de lubricación vaginal). – Inhibición de la fase de excitación en los hombres (dificultades de erección). – <i>Trastornos de la fase de orgasmo:</i> – Orgasmo prematuro – Orgasmo retardado – Ausencia de orgasmo – <i>Otros trastornos asociados al ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual:</i> – Dispareunia – Vaginismo – Dificultades de satisfacción sexual. – Dificultades sexuales por déficits en la relación de pareja. – Dificultades sexuales por déficits de información o creencias irracionales. – Dificultades sexuales debidos a trastornos psicológicos y psiquiátricos, u orgánicos.
<p><i>4. Trastornos producidos como resultado de agresiones sexuales</i></p> <p>En esta categoría se incluyen aquellas dificultades o trastornos producidos a consecuencia del trauma generado por una agresión sexual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Trastornos derivados de agresión sexual:</i> – Trastornos producidos por relaciones sexuales forzadas con o sin violencia física. – Trastornos relacionados con la violación sexual en todas sus modalidades. – Trastornos derivados del acoso sexual. – Trastornos derivados del abuso sexual infantil.

Cuadro 9.1 (Continuación). Clasificación de los trastornos y dificultades sexuales

Categorías	Modalidades
<p>5. Trastornos producidos por los privados y oprimidos respecto al ejercicio de su sexualidad</p> <p>En esta categoría se incluyen los trastornos derivados de la privación, en contra de su voluntad, del derecho al libre ejercicio de la sexualidad que se ejerce a colectivos cuya autonomía puede estar limitada. Se incluyen en estos colectivos a las personas con discapacidades psíquicas o físicas, o personas privadas de libertad, etcétera.</p>	<p>– Trastornos derivados de la privación en contra de la propia voluntad del libre ejercicio de la experiencia sexual:</p> <p>– Autoerotismo compulsivo.</p> <p>– Ansiedad generalizada.</p> <p>– Hiperactivación del deseo erótico.</p>

Cuadro 9.2. Aproximación funcional a los trastornos sexuales

Dimensión	Definición	Modalidad
Temporal	Se refiere al momento histórico-biográfico en el que aparece la disfunción.	<p><i>Primario:</i> Está presente desde el inicio de la biografía, o no hay un recuerdo explícito de su inicio.</p> <p><i>Secundario:</i> La disfunción aparece a partir de momento concreto de la biografía inequívocamente reconocible.</p>
Situacional	Se refiere a la situación en la que aparece la disfunción.	<p><i>Situacional:</i> Solo aparece en una situación determinada.</p> <p><i>Generalizado:</i> Aparece en todas las situaciones posibles de modo generalizado.</p>
Etiológica	Se refiere al origen causal de la disfunción.	<p><i>Orgánica:</i> Cuando la causa del trastorno tiene su origen en un funcionamiento disfuncional del organismo (sistemas circulatorio, neuroendocrino u otros).</p> <p><i>Psicógena:</i> Cuando la causa radica de un modo inequívoco en la psicología del sujeto.</p> <p><i>Combinada:</i> Esta modalidad debe establecerse cuando se observan factores psicológicos asociados a alguna enfermedad médica o al consumo de alguna sustancia.</p> <p><i>No específica:</i> Se establece cuando el clínico no puede determinar el papel etiológico de los factores psicológicos, de alguna enfermedad médica o del consumo de sustancias.</p>
Grado de severidad	Se refiere al grado de severidad o gravedad de la disfunción.	<p><i>Gravedad-levedad:</i> En este caso, más que de modalidades se trata de un continuo gravedad-levedad a valorar por el clínico.</p>

Además de la taxonomía propiamente dicha, cuyo objeto es ordenar todas las modalidades de dificultades y trastornos relacionados con la sexualidad, podemos acercarnos a su comprensión desde un punto de vista funcional. El «Sistema clasificatorio tipológico-funcional de las dificultades

sexuales», propuesto por Carrobles (1990), incluye esta aproximación que resulta de gran interés en relación con la aproximación a las dificultades psicológicas en general y sexuales en particular. Desde el punto de vista funcional deben ser consideradas cuatro dimensiones básicas: temporal, situacional, etiológica y severidad.

2. La evaluación de las disfunciones sexuales

El desarrollo de instrumentos de evaluación ha sido otro de los aspectos más prolíficos dentro de los trabajos psicológicos en sexualidad, tanto en el campo de la evaluación de las disfunciones sexuales con una proyección típicamente clínica, como en las diversas manifestaciones sexuales, comportamientos, actitudes, niveles de satisfacción, etc., dirigidos fundamentalmente al campo de la investigación.

En el ámbito clínico, como es obvio, la evaluación es esencial y por tanto se han desarrollado técnicas diversas para los diferentes niveles de análisis. Describiremos a continuación las técnicas de evaluación más importantes.

La entrevista e historia clínica. Su objetivo se centra en recabar la mayor cantidad de datos posible, tanto desde un punto de vista diacrónico como sincrónico, con el fin de comprender no solo la naturaleza del problema que se consulta, sino los antecedentes que han contribuido a su formación. Existen diversas técnicas de elaboración de la historia clínica, que dependen del estilo de quien la aplica. Algunos profesionales emplean historias estructuradas, que consisten en un cuestionario prácticamente cerrado. Otros utilizan historias semiestructuradas, a partir de un guión preestablecido el terapeuta amplía o abrevia determinados puntos en función de los contenidos que surgen de la misma entrevista. Por último algunos terapeutas emplean la técnica que se conoce como «hoja en blanco», no hay preguntas preestablecidas, ni tampoco un orden determinado. Se inicia una conversación lo más relajada posible y el terapeuta va dirigiendo la misma hacia los puntos de interés.

La entrevista consta de dos momentos, uno preliminar que corresponde con el primer contacto que el terapeuta tiene con la o las personas que consultan. Este debe recoger los datos que permitan evaluar si la demanda es susceptible de terapia sexual y si se reúnen las condiciones para llevarla a cabo. Para ello se tendrá en cuenta el tipo de la demanda, la presencia de algún tipo de patología orgánica, el posible grado de psicopatología, el tipo de relación de pareja y el nivel de motivación hacia el tratamiento.

El segundo momento corresponde a la anamnesis propiamente dicha que marca el inicio del proceso terapéutico. Según Hawton (1985) la evaluación de las parejas para la terapia sexual tiene, además de comprobar su

idoneidad, los siguientes propósitos. En primer lugar, determinar la naturaleza exacta del problema y de su desarrollo, lo cual permite establecer con claridad los objetivos generales de la terapia. En segundo lugar, se debe de averiguar los antecedentes, la historia psicosexual, las actitudes hacia el erotismo, el grado de información, etc. Todo ello permite una valoración global del problema. En tercer lugar, la evaluación tiene en sí misma valor terapéutico, siempre y cuando se cree un clima adecuado y el terapeuta sepa transmitir seguridad y confianza.

Los autorregistros. Permiten evaluar pormenorizadamente determinados comportamientos. Son útiles para un análisis previo al tratamiento, estableciéndose así una cierta línea base de referencia, a partir de la cual poder evaluar los progresos obtenidos (Carrobbles, 1990).

Los autoinformes. En general se emplean como documentos complementarios a la historia con el fin de recabar información relevante sobre comportamientos sexuales específicos, grado y tipo de interacción sexual de la pareja, grado de información sexual, nivel de ajuste diádico, actitudes, etcétera.

Registros psicofisiológicos. Son registros basados en instrumentos diseñados para la evaluación de los cambios psicofisiológicos basados en la respuesta sexual. Normalmente son utilizados en el ámbito de la investigación y no tanto en el de la clínica. Los principales métodos de técnicas de evaluación psicofisiológica han sido los siguientes: plestimografía volumétrica, medidas circunferenciales, medidas de cambio de presión y de contracciones uterinas, medidas de la lubricación vaginal, medidas de vasocongestión vaginal.

3. Trastornos del deseo

Dada la envergadura de los descubrimientos acerca de la respuesta sexual publicados en su libro *La respuesta sexual humana* (Masters y Johnson, 1966), Masters y Johnson continuaron en su trabajo con la propuesta de un modelo de tratamiento de las disfunciones sexuales. Estas aportaciones aparecen en su segundo libro: *Incompatibilidad sexual humana* (Masters y Johnson, 1970). A partir de estos autores se inaugura una nueva etapa en el tratamiento de las disfunciones sexuales que podríamos denominar «la nueva terapia sexual», concepto que titula el primer manual de terapia sexual publicado por Helen Singer Kaplan.

Los especialistas anteriores a Masters y Johnson no consideraron los trastornos del deseo. Las disfunciones sexuales se agrupaban en dos grandes categorías: la impotencia y la frigidez, que incluían indiscriminadamente todas las dificultades sexuales de los hombres y las mujeres respectivamente. Algunas de las cuestiones que llevaron al estudio y la consideración del deseo erótico fueron las siguientes:

1. A partir de los años 70, los cambios culturales favorecieron una mayor permisividad hacia la sexualidad, generando actitudes más positivas respecto a su expresión. Al liberar el erotismo del estricto «débito conyugal», la potencialidad del erotismo se hizo patente, así como la toma de conciencia de sus dificultades. Recordemos que en esta época se libera el erotismo de su dependencia de la reproducción ya que la evolución técnica de los métodos anticonceptivos hace que estos lleguen a ser realmente eficaces. Los avances de las mujeres en el espacio social occidental influyeron decisivamente en la comprensión de la dinámica del deseo erótico y, también, de sus dificultades.
2. La consideración, en términos clínicos, de que la ausencia de deseo sexual era la consecuencia de otra disfunción sexual y no de una disfunción en sí misma impidió en su momento tener una mayor perspectiva hasta la aparición del modelo trifásico de respuesta sexual propuesto por Kaplan (1978)
3. Los estudios que evalúan los resultados de los tratamientos en terapia sexual pusieron de manifiesto la tendencia a las recaídas en parejas que habían recibido un tratamiento aparentemente exitoso, e indujeron a plantearse que las dificultades con el deseo erótico podrían ser la causa de algunas disfunciones, cuyo fracaso terapéutico en el tratamiento radicaba, por tanto, en un mal diagnóstico.

Es a partir de la década de los ochenta del siglo pasado cuando proliferan estudios, tanto teóricos como empíricos, acerca del deseo sexual. Este cúmulo de aportaciones ha permitido profundizar en el conocimiento de la naturaleza del deseo erótico, su dinámica, su expresión y sus dificultades y trastornos. Un ejemplo en este sentido es la monografía titulada *Sexual desire disorders* de Leinblum y Rosen (1992). La comunidad científica se ha hecho eco de ello y los integra en los manuales de diagnósticos de trastornos psicológicos (DSM, CIE, etcétera).

En este sentido, si se considera el deseo sexual como una emoción, tal y como se ha indicado en el capítulo 4, toda emoción debe ser regulada. En consecuencia, las dificultades y trastornos del deseo sexual deben ser considerados como alteraciones en la capacidad de regulación emocional. Estas se pueden producir en el ámbito individual o en el sistémico.

Las alteraciones en el plano individual se relacionan con las dificultades de integración emocional del deseo erótico en el conjunto de la personalidad, tal y como indica Levine (2003) en sus aportaciones expuestas anteriormente en el capítulo cuarto. Estas alteraciones tienen un carácter más estructural y se manifestarían en la dificultad de aceptar, integrar y manejar adecuadamente la activación erótica. Por ejemplo, las alteraciones con la

orientación del deseo erótico, las dificultades para integrar la dimensión homoerótica en el conjunto de la identidad sexual y de género globalmente considerada, o algunas formas de orientación parafilica, así como el deseo sexual hiperactivo o exacerbado, podrían estar apuntando a dificultades estructurales de una adecuada configuración del deseo erótico en el conjunto de la personalidad. Las agresiones sexuales en todas sus manifestaciones deben ser consideradas como un fracaso en la regulación del deseo erótico, independientemente de que sean compatibles con otras psicopatologías, y además constituyan un delito.

Las alteraciones en el plano relacional se producen en el ámbito sistémico. Gran parte de las disfunciones sexuales aparecen en la relación sexual compartida, por tanto en el sistema de pareja. Muchas de las dificultades sexuales se producen como respuestas defensivas a exigencias del sistema relacional en el que se producen. En este ámbito, las alteraciones del deseo erótico están más ligadas al ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual en la que el deseo erótico es una fase que constituye una entidad neurofisiológica específica¹ (Kaplan, 1979). Por tanto, el deseo sexual inhibido, o hiperactivo cuando este se refiere a discrepancias de actividad sexual con la pareja, podrían denotar dificultades más bien sistémicas que estructurales. Sin embargo, cuando la alteración del deseo erótico aparece de un modo sistémico, recordemos que el sistema de pareja está alimentado por dos psicologías individuales.

Resultan de interés las aportaciones Antonio Fuertes (1995), quien indica que para la comprensión de las dificultades con el deseo erótico deben considerarse los siguientes criterios:

1. *Frecuencia*. Este criterio hace referencia tanto a la alta como a la baja frecuencia de la aparición de la experiencia emocional subjetiva del deseo erótico. No debe confundirse con la frecuencia de actividad sexual puesto que la experiencia clínica indica que una frecuencia moderada e incluso alta de conductas sexuales en el seno de la pareja puede concurrir con un deseo sexual hipoactivo. Es necesario valorar también la frecuencia de aparición de activación del deseo en forma de fantasías eróticas que no se plasman en comportamientos concretos. Se deberá valorar en este apartado la activación del deseo en cuanto a la iniciación de la actividad sexual, así como del grado de receptividad respecto a los inductores eróticos.
2. *Intensidad*. Las dificultades respecto al deseo pueden aparecer bien por defecto (deseo sexual hipoactivo), bien por exceso (deseo sexual hiperactivo o exacerbado). La valoración de la intensidad debe hacer-

¹ Confrontar con el modelo trifásico de respuesta sexual de Kaplan, expuesto en el capítulo 4.

se tanto en el ámbito individual, como en el sistémico de interacción erótica. En función de la experiencia clínica, se debe prestar particular atención a la presencia y a la intensidad del deseo durante el ciclo psicofisiológico de respuesta sexual.

3. *Orientación del deseo.* El deseo sexual puede orientarse en función de dos dimensiones: la heteroerótica y la homoerótica. En función de la combinación de ambas dimensiones las personas podrían configurar su deseo erótico. El deseo sexual podría también ser dirigido a intereses sexuales especiales, objetos no humanos, situaciones o comportamientos específicos, todo ello dentro de la más absoluta normalidad. Sin embargo, el deseo erótico se puede alterar en función de su orientación cuando este se proyecta hacia objetos inusuales como son las parafilias. La valoración del grado de trastorno o patología debe ser prudente, puesto que no existe una línea explícita de lo adecuado o inadecuado de determinados comportamientos sexuales. No obstante, existe un amplio consenso en la consideración de que las parafilias deben ser consideradas como alteraciones, siempre y cuando respondan a los criterios de exclusividad y compulsión en relación con la regulación del deseo erótico, alteren gravemente el equilibrio personal o atenten contra personas que no consienten.

Teniendo en consideración estos criterios, conviene precisar lo que deben considerarse como trastornos de deseo en tanto que disfunción sexual. Así, las alteraciones del deseo que se producen como consecuencia de un trastorno mayor, como por ejemplo la depresión endógena o diversas formas de psicosis, no deben ser consideradas como un trastorno psicosexual. Tampoco lo consideraríamos cuando el bajo deseo sexual es secundario a otra disfunción sexual. Es evidente que la repetida exposición a situaciones sexualmente frustrantes puede terminar inhibiendo el deseo. En estos casos sería contraindicado priorizar una terapia de tipo psocosexual respecto al tratamiento específico del trastorno mayor.

La aversión sexual tampoco debe ser considerada como un trastorno del deseo puesto que lo que predomina en esta dificultad es la evitación fóbica del encuentro sexual, más que un trastorno específico del deseo que podría ser secundario a la fobia. En mi experiencia clínica he conocido algún caso de aversión sexual, que en su intimidad individual, en su imaginario erótico, gozaba incluso de una rica experiencia de deseo erótico. Consideramos importante hacer estas matizaciones en la medida en que los planteamientos terapéuticos difieren ostensiblemente.

El diagnóstico diferencial entre las diversas formas en las que pueden presentarse las alteraciones del deseo erótico es esencial para el ajuste de los tratamientos psicoterapéuticos.

3.1 Variantes clínicas de los trastornos del deseo

Las variantes clínicas del deseo sexual se derivan de los criterios esgrimidos anteriormente. Desde el punto de vista estructural se puede considerar que las dificultades con el deseo preexisten antes de la interacción con otra persona. Las alteraciones pueden aparecer atendiendo a la frecuencia e intensidad y a la orientación.

En función de la frecuencia e intensidad, el deseo puede ser: a) hipoactivo, b) hiperactivo. En función de la orientación, una organización disfuncional del deseo erótico se produce cuando la capacidad de regulación emocional del mismo fracasa, derivando el deseo erótico a objetos o situaciones inadecuadas. En este caso poseen un carácter más estructural. Desde el punto de vista relacional las alteraciones en el deseo sexual pueden aparecer como un efecto del sistema de relación de pareja. En este caso cabe considerar el deseo erótico como una fase del ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual². La alteración se produce en el ámbito de la relación compartida y no el ámbito más íntimo y personal.

Un segundo nivel de análisis corresponde a cuatro dimensiones funcionales descritas por diversos autores e integradas en el «Sistema integrado tipológico funcional» propuesto por Carroble (1991) y retomadas anteriormente en este mismo capítulo; nos referimos a las dimensiones, temporal, etiológica, situacional y grado de severidad. De ellas nos parece importante subrayar la que hace referencia al nivel de situacionalidad, que en los trastornos del deseo tiene un significado especial, como veremos en la aproximación etiológica. Las variantes clínicas del deseo sexual son:

- *Deseo sexual hiperactivo o exacerbado*. Se caracteriza por una alta frecuencia de fantasías y de apetencia de mantener relaciones sexuales. Puede llevar asociada una elevada frecuencia de masturbación o una búsqueda obsesiva de relaciones sexuales compartidas. La alta frecuencia solo debe ser considerada un trastorno en la medida en que suponga una clara alteración o desestabilización de la vida ordinaria. Puede ocasionar dificultades de concentración y escapa al control voluntario por parte del sujeto.
- *Deseo sexual hipoactivo*. Para comprenderlo es necesario tener en cuenta la dimensión etiológica. Cuando el deseo sexual hipoactivo se debe a factores no psicógenos, o es la causa de trastornos de origen orgánico, como disgenesias gonadales, trastornos endocrinos, o bien es la consecuencia de enfermedades mentales como algunas formas de psicosis o de depresión, que tiene una especial incidencia en el de-

² Confrontar con el tema 7.

seo sexual, etc., entonces lo denominamos, sin más, deseo sexual hipoactivo.

Cuando el origen es psicógeno, es decir, se debe a factores fundamentalmente psicológicos convenientemente diagnosticados, es entonces cuando lo denominaremos Deseo Sexual Inhibido. Siguiendo a Kaplan, se propone estas aclaraciones conceptuales:

- *DSH (Deseo sexual hipoactivo)*: Cuando no se ha determinado la etiología de la disminución del deseo (Kaplan, 1979). En estos casos cabe sospechar una base orgánica que debe ser diagnosticada con técnicas endocrinas apropiadas.
- *DSI (Deseo sexual inhibido)*: Situaciones de deseo erótico anormalmente bajas en las que se ha hecho un diagnóstico etiológico, es decir, cuando se ha establecido que el deseo sexual está inhibido por factores psicógenos. (Kaplan, 1979)

3.2 Etiología

3.2.1 Causas de naturaleza orgánica

El papel jugado por factores orgánicos en los trastornos del deseo es bastante controvertido; los resultados de las investigaciones son inconsistentes y, en ocasiones, contradictorias (Rosen y Leiblum, 1995). En cualquier caso, el papel de las hormonas sobre el comportamiento sexual está mejor explicado que los circuitos sexuales cerebrales.

Existe bastante evidencia de que la testosterona es, especialmente, la hormona del deseo. Bancroft (1982) observó la diferencia entre las erecciones nocturnas involuntarias (TNP) y las provocadas como respuesta a estímulos externos a través de imágenes eróticas. Las primeras se relacionarían con la noción de motivación, interés, deseo sexual, y las segundas con la ejecución de la respuesta sexual. Los hombres hipogonádicos se caracterizan por un bajo nivel de testosterona, cuyas consecuencias se manifiestan en un bajo nivel de deseo sexual y baja frecuencia en TNP. La aplicación de testosterona provoca un aumento de las fantasías e interés sexual, al tiempo que aumentan las TNP. En la comparación con los grupos de control correspondientes, estos autores comprobaron que el aumento de testosterona incidió sobre la motivación sexual, mientras que no influyó en las erecciones debidas a estimulación externa. Estos resultados sugieren que las erecciones nocturnas involuntarias son la expresión de las manifestaciones neurológicas del deseo reforzándose la hipótesis según la cual los andrógenos están más relacionados con el deseo que con el funcionamiento sexual mismo.

Cabría pensar, por tanto, que los niveles androgénicos podrían estar en la base de los trastornos del deseo. Sin embargo, esta hipótesis tan solo obtiene apoyo empírico en hombres hipogonádicos. Schiavi, Schreiner-Engel, White, Mandeli (1988) evaluaron los niveles de hormonas pituitarias y gonadales, así como TNP en un grupo de 17 hombres físicamente sanos pero con bajo deseo sexual, utilizando grupo de control de otros 17 hombres y emparejados según la edad. El grupo experimental obtuvo unos niveles de testosterona en plasma significativamente inferiores respecto al grupo control. También se halló una significativa correlación entre el nivel de testosterona en plasma y un índice general de severidad del deseo sexual hipoactivo. Además encontraron una fuerte asociación entre la amplitud y duración de las TNP y el grado de dificultad en la erección en el grupo experimental.

En general, y considerando diferentes estudios, existe evidencia empírica de que las personas, tanto hombres como mujeres, con niveles bajos de testosterona en plasma cursan con deseo sexual hipoactivo y responden positivamente al tratamiento de restitución de andrógenos (Rosen y Leiblum, 1995). Sin embargo, si bien parece ser cierto que las personas hipogonádicas padecen de un nivel reducido de deseo sexual, también lo es que la inmensa mayoría de las personas que presentan como queja la inapetencia o bajo interés por la actividad sexual no presentan ninguna dificultad endocrina, por lo que la investigación etiológica debe apuntarse en otro sentido.

3.2.2 Causas debidas a factores psicológicos

Revisando las aportaciones de los principales autores que han escrito al respecto, la mayoría coincide en afirmar que la etiología de los trastornos del deseo es sumamente complicada puesto que son muchos los factores que inciden en esta realidad, finalmente vulnerable. LoPiccolo propuso en 1989 un conjunto de posibles causas que sucintamente se exponen a continuación:

Ortodoxia religiosa, personalidad anhedonia, dificultades con la identidad de género, fobias o aversiones sexuales específicas, miedo a la pérdida de control en la excitación sexual, alteraciones sexuales enmascaradas, causas orgánicas de origen neuroendocrino, dificultades debidas a conflictos en el sistema de pareja, dudas respecto a la pareja, miedo a la intimidad, interferencias respecto a la vinculación afectiva. Vistas todas estas causas, las podemos organizar en los siguientes grupos.

- a) Causas individuales o intrapsíquicas.
- b) Causas relacionales o sistémicas.

c) Causas exógenas debidas a factores ambientales.

- *Causas individuales o intrapsíquicas.* Gran parte de la literatura científica sobre las causas psicológicas de los trastornos del deseo ha sido desarrollada fundamentalmente por clínicos que, de forma inductiva, han ido estableciendo una diversidad de causas de los trastornos del deseo, siendo analizadas desde los respectivos marcos teóricos.

Los trastornos del deseo han sido considerados por algunos autores como efecto de aprendizajes inadecuados. No prestarían excesiva atención a la historia y se centrarían en el análisis funcional que permitiría establecer los antecedentes y consecuentes de la conducta a estudiar.

Para otros se trataría de contenidos cognitivos estructurados en *scripts* tanto de contenido como de acción, portadores de falsas creencias, de mitos y de falacias. El modo en que se ha procesado la información podría ser la causa que explicase los trastornos.

Los autores que integran ambas corrientes consideran que la interacción entre el aprendizaje y las estructuras cognitivas explicarían este tipo de trastornos.

El psicoanálisis considera que las dificultades relacionadas con el deseo sexual se deben a conflictos edípicos profundos no resueltos.

No cabe duda de que no es desdeñable ninguna de las formulaciones anteriores, ya que todas ellas aportan elementos importantes para la comprensión de los trastornos del deseo. La discrepancia radica en la pretensión de quienes presentan sus propuestas como el proceso central explicativo de la etiología. Es evidente que no hay una única explicación, pudiéndose afirmar que existe suficiente consenso en cuanto a su carácter multicausal. Por tanto, las propuestas terapéuticas deben ser integradoras.

Resultan de gran interés los argumentos basados en la etología que propuso Kaplan, en particular la interpretación que desarrolló sobre el deseo sexual inhibido situacional y el miedo a la intimidad como una de las posibles causas de la inhibición. Ella aporta una interpretación de corte psicodinámico; sin embargo, a la luz de las nuevas aportaciones basadas en la teoría del apego, podemos retomar sus criterios y plantear, en cierto modo, una reinterpretación.

Kaplan indica que el origen del impulso sexual se sitúa en el sistema dimórfico de reproducción que motiva a los individuos a la actividad sexual cubriendo así la función biológica de conservación de la especie. La evolución ha ido configurando los mecanismos que regulan los comportamientos necesarios para tal objetivo, de manera que el sistema sexual del cerebro consiste en una red específica de centros y circuitos neuronales (LeVay, 1993). Esta organización es similar a la de otros impulsos, que están equilibrados por mecanismos de inhibición y activación. Anatómicamente, las

zonas de control del impulso sexual se localizan en el hipotálamo y el sistema límbico que, a su vez, forman parte del paleoencéfalo o cerebro antiguo. Por tanto, los elementos básicos del deseo se hallan en la zona del cerebro que rige los aspectos más supervivenciales, como los impulsos que regulan el hambre o la sed, o los elementos fisiológicos que activan las emociones.

La evolución de la propia sexualidad ha generado amplias conexiones entre las distintas partes del cerebro; así, el impulso sexual se relaciona con las áreas que controlan el dolor y el placer. Los impulsos tienden a la estimulación placentera y evitan la estimulación dolorosa, por ello el impulso sexual se halla ligado a los centros del placer y del dolor por conexiones anatómicas y/o químicas, siendo influido por las emociones asociadas a la supervivencia individual.

Desde un punto de vista adaptativo, el cerebro da prioridad al dolor antes que al placer, puesto que la supervivencia individual tendría preferencia sobre la reproducción; por ello, el impulso sexual se inhibe fácilmente ante situaciones de peligro en cualquier especie. El fundamento de esta inhibición radica en la incompatibilidad existente entre los mecanismos que producen la activación necesaria para el ataque o la huida, de carácter supervivencial, con aquellos compatibles con la motivación sexual. En este sentido, Kaplan indica que: «... los centros sexuales que tienen valor adaptativo son también la base biológica para la inhibición neurótica del deseo» (Kaplan, 1979). El deseo sexual se inhibe porque se ponen en marcha mecanismos que dan prioridad a unas acciones u otras en función de una jerarquía establecida.

El sistema sexual básico tiene amplias conexiones con el neocórtex y por tanto con zonas en las que se analizan experiencias complejas, también con la memoria y los sistemas de recuperación. Por ello, el impulso sexual es sensible al pasado, a la biografía, a las expectativas, a los contextos, por tanto a la subjetividad. El deseo sexual, como indica Kaplan (1979), está integrado en la experiencia vital del individuo y está afectado por ella.

En consecuencia, desde un punto de vista psicológico, las situaciones percibidas como peligrosas o inseguras pueden inhibir el deseo sexual. Dicha inhibición es adaptativa cuando responde a un peligro real o se da en situaciones donde la aparición del deseo sexual es incompatible con otras actividades, o inadaptada si responde a una percepción de riesgo irreal o subjetiva. En el ser humano el deseo sexual se podría inhibir cuando el contexto donde debiera surgir —siendo este el que contiene la situación potencialmente deseable—, fuese percibido por diversas razones como psicológicamente peligroso e inseguro. Según Kaplan, lo que ocurre es que el sistema sexual se desactiva, por ello no responde a los inductores que susci-

tan el erotismo y, en consecuencia, no se produce el estado emocional del deseo.

Por diversas razones, que indicaremos posteriormente, la aparición del deseo sexual puede entrar en conflicto con otras instancias personales, o con el contexto. La desactivación del sistema neurofisiológico sexual se produce, en opinión de Kaplan, como una defensa ante la angustia, siendo la inhibición absoluta del deseo su máxima gravedad.

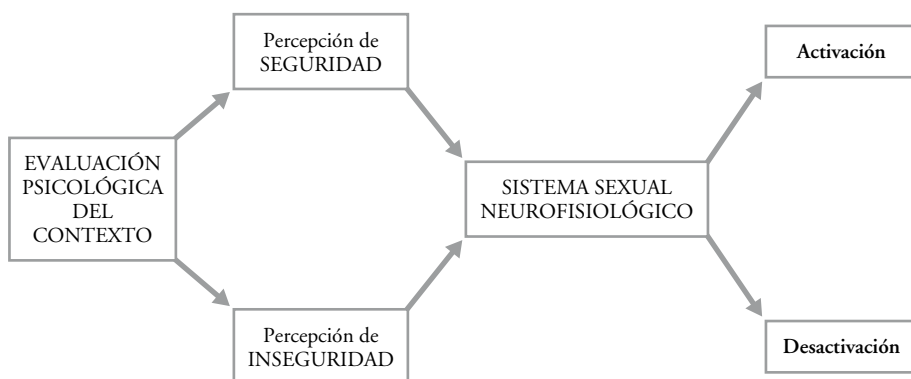


Figura 9.1. Sistema de activación desactivación del deseo sexual.

Los trabajos de Bozman y Beck (1991) han dado apoyo empírico a la presente formulación. Estos autores encontraron que, exponiendo a los participantes de su investigación a situaciones eróticas y sobre ellas, a momentos de angustia y ansiedad, la excitación fue significativamente mayor que el deseo en la condición de angustia, mientras que en la condición de ansiedad no se notaron diferencias significativas entre activación y deseo. En la condición de control, el deseo fue significativamente mayor que la excitación. Así, las medidas de excitación y deseo mostraron patrones opuestos entre el grupo expuesto a la angustia y el grupo de control. Los datos indicaron que el deseo sexual y la excitación son dos procesos distintos, tal y como predijo originalmente Kaplan. Sus datos no responden a la cuestión de si el deseo precede a la activación, sin embargo demostraron que la excitación y el deseo operan de forma diferente en laboratorio.

Esta interpretación de la inhibición del deseo sexual se observa con mayor claridad en la variante situacional del mismo. La situacionalidad indica el contexto que se percibe como psicológicamente inseguro y es ahí donde se produce la desactivación. El deseo surgirá en otros contextos que se detecten como seguros.

Una persona podría inhibir su deseo sexual, paradójicamente, ante otras que responden al prototipo erótico derivado de su propia configuración in-

terna, cuando uno/a percibe la situación de interacción con el otro/a como insegura debido a una autopercepción de desmerecimiento, o a la hipervaloración de la competencia del otro/a. Semejante situación podría resolverse cuando el deseo se activa en situaciones percibidas como seguras, por ejemplo ante personas más «asequibles» psicológicamente, respecto a variables tales como el nivel sociocultural, variables de personalidad, etc. Se podría así interpretar la situación en la que algunas personas no responden eróticamente hacia sus iguales y acaban relacionándose con personas inferiores en cuanto estatus. Un ejemplo más conflictivo se encuentra en aquellas personas que, siendo incapaces de sentirse motivados sexualmente por personas de su entorno, utilizan la prostitución como recurso habitual. En este caso el anonimato, o la desvinculación de la actividad sexual de cualquier manifestación de afectividad o de vinculación, podrían generar una situación de «seguridad».

Según Kaplan, las parafilias podrían interpretarse como la resultante del deseo sexual inhibido situacional: el contexto adecuado es percibido como psicológicamente inseguro, luego el deseo se inhibe defensivamente. Existen otros contextos percibidos como «seguros», donde el deseo surge. Por ejemplo un paidófilo, percibiría la relación heterosexual con sus iguales como una situación insegura, probablemente por conflictos personales que el clínico debe diagnosticar. El deseo, en tanto que activación fisiológica, surge en la situación paidófila, donde la asimetría de poder marca la sensación de seguridad. Parece ser que el sustrato neurofisiológico se activa en situaciones percibidas como seguras, quedaría por ver cuál es el mecanismo a través del cual se efectúa la atribución cognitiva que configura el contenido de la desviación, en este caso, los niños. En coherencia con los postulados que hemos mantenido en la aproximación conceptual, el deseo sexual paidófilo es una experiencia emocional subjetiva, que no necesariamente lleva a comportamientos concretos, aunque, desgraciadamente en este caso, puede activarlos.

Este planteamiento resulta de interés desde un punto de vista terapéutico; la perspectiva de Kaplan centra su atención en el conflicto que subyace a la percepción de una situación determinada como «psicológicamente peligrosa», mientras que otros autores han puesto el énfasis en el «objeto desviante».

La parafilia puede producirse como una inhibición del deseo en la situación heterosexual de tal manera que ella permite el acceso al placer soslayando el conflicto fundamental que impide la activación del deseo en situaciones adecuadas. Asimismo, las fantasías sobre objetos o situaciones sexuales variantes sirven para eludir la angustia movilizada por conflictos sexuales similares.

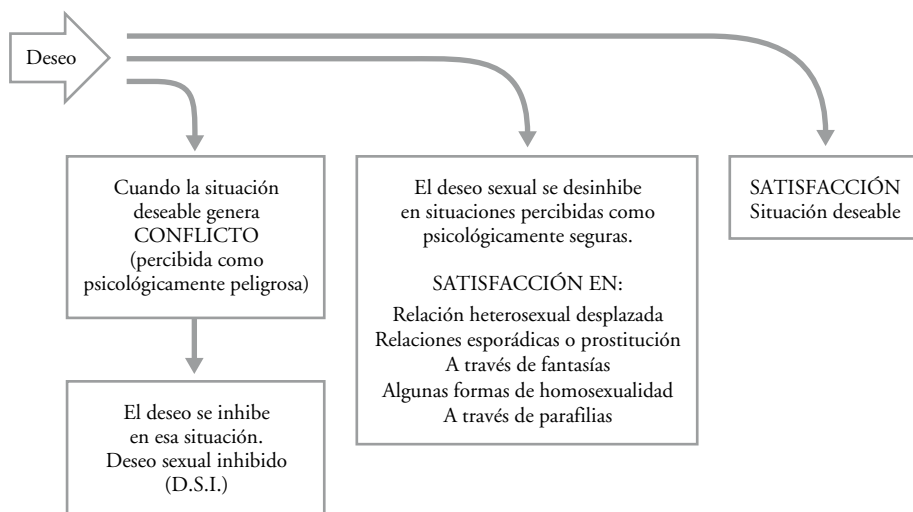


Figura 9.2. Esquema del deseo sexual inhibido situacional.

En opinión de Kaplan, las parafilias, intereses sexuales especiales en general, plasmados en comportamientos explícitos o en fantasías, juegan un papel en cierto modo constructivo pues permiten que el individuo experimente placeres que de otra forma estarían bloqueados. Desde un punto de vista clínico, en su opinión, el foco terapéutico debe centrarse en el conflicto que genera la inseguridad del contexto.

Considera que entre las causas remotas que explicarían la percepción de la situación como «psicológicamente peligrosa» se hallan el miedo al éxito y el miedo a la intimidad. Diversos autores, entre ellos LoPiccolo (1989), también han reconocido que el miedo a la intimidad puede considerarse como una causa que pueda explicar los trastornos del deseo. Kaplan realiza una interpretación psicodinámica para explicar el origen del miedo al éxito y a la intimidad, aludiendo a conflictos derivados de la situación edípica. En este sentido, la inhibición del deseo sería una defensa contra la angustia que produce la confrontación con el progenitor. Discrepamos de la interpretación psicodinámica del miedo a la intimidad, planteando una posible reinterpretación desde la teoría del apego. Según esta teoría, la angustia no provendría del temor a la destrucción por parte del progenitor, angustia de castración o envidia del pene, en términos simbólicos naturalmente, sino de la angustia al abandono, a la pérdida, en términos supervivenciales: «Si no me atienden mis figuras significativas desaparezco». La inseguridad básica a la que se refería Erickson (1968), o la inseguridad en el apego, como resultado de la configuración de los modelos internos, a los que se refirió Bowlby (1969), sería la base de la percepción de inseguridad del espacio en el que se sitúa el objeto eróticamente deseable.

La autora, refiriéndose a la relación entre intimidad y experiencia sexual hace el siguiente comentario:

[...] El miedo a la intimidad está sumamente difundido en nuestra sociedad, y puede producir problemas que van más allá de las disfunciones sexuales. Tendemos a ser espectadores más que a participar, a mirar la televisión, jugar a las cartas y a otros juegos, más que a sumergirnos en una conversación íntima. Parece, a veces, que la gente le tiene más miedo a la intimidad que al contacto sexual: les resulta más fácil masturbarse que hacer el amor, comprar contactos sexuales impersonales que compartir el amor con un amante, borrar a su pareja en el éxtasis de una droga que vivenciar plenamente el contacto con ella.

3.3 Parafilias

Normalmente, en los manuales aparecen las parafilias como un trastorno sexual. Sin embargo, desde la Psicología de la sexualidad deben ser consideradas como una forma explícita de orientación del deseo erótico. En el capítulo 4, se han descrito los componentes del deseo sexual y la importancia de la configuración del mismo. El deseo sexual es una experiencia emocional subjetiva que marca una tendencia de acción hacia la búsqueda de satisfacción sexual. Esta búsqueda está orientada hacia diversos ámbitos cuyos objetos son portadores de estímulos que poseen valor erótico. El deseo sexual se proyecta hacia tres grandes ámbitos:

1. Hacia personas del sexo contrario.
2. Hacia personas del mismo sexo.
3. Hacia otro tipo de intereses.

El primer ámbito se refiere al heteroerotismo, que constituye la capacidad de responder eróticamente a estímulos que provienen de personas del sexo contrario, el segundo al homoerotismo, capacidad de responder eróticamente a estímulos que provienen de personas del mismo sexo³, y el tercero, en un sentido muy amplio, a las parafilias, capacidad de responder a estímulos eróticos que provienen de objetos inanimados, de situaciones, o tipos de estimulación especiales, que describiremos posteriormente.

Estos tres ámbitos son compatibles entre sí, los límites entre ellos son difusos y pueden estar presentes en una misma persona. Las parafilias, en tanto que intereses sexuales especiales, pueden ser entendidas como peculiaridades en la configuración personal del deseo sexual; por ello, diversas formas de parafilia pueden estar presentes en personas básicamente hetero-

³ El heteroerotismo y el homoerotismo pueden estar presente, en distintas intensidades, en cualquier persona, independientemente de su sexo.

sexuales u homosexuales. Tal y como indicaba Havelock Ellis a principios del siglo xx, las parafilias pueden considerarse benignas cuando efectivamente son «peculiaridades» de la configuración del deseo sexual, pero pueden convertirse en una grave alteración cuando interfieren en la estabilidad emocional de las personas, cuando distorsionan la organización general del deseo erótico en el conjunto de la personalidad y cuando alteran su regulación. Todo ello nos exige profundizar en los criterios de normalidad y anormalidad y en los límites de lo patológico, cuestión que desarrollaremos posteriormente.

La moral sexual convencional ha utilizado criterios muy restrictivos en la consideración del concepto de salud sexual, tendiendo a considerar cuando menos irregulares las experiencias eróticas que fueran más allá del coito heterosexual. No obstante, lo que en este punto nos interesa describir es la parafilia en tanto que alteración del deseo sexual, entendiendo por ello aquella situación en la que la persona sufre a causa de las interferencias de esta forma de satisfacción erótica en la vida cotidiana, tanto en el ámbito personal como relacional.

Existen dos criterios bien claros a la hora de valorar el grado en que una «peculiaridad» de la configuración del deseo sexual se convierte en un «trastorno» del mismo. Se trata del grado de compulsión y del grado de exclusividad en que aparece el deseo parafilico. Por ejemplo, si una persona disfruta y se excita observando la actividad erótica de otras personas, a través de recursos audiovisuales o literarios y tal actividad alimenta y enriquece su actividad sexual con la persona con la que la comparte, no debería considerarse esa actividad como voyerismo. Sin embargo, si la única forma de acceder a la satisfacción erótica es a través de la observación de otras personas (criterio de exclusividad), y si ante determinadas situaciones, siente un deseo incontrolable que le obliga a practicar dicha actividad (criterio de compulsión), entonces esa persona tiene un problema, a valorar, con la configuración de su deseo.

Según el DSM IV, una de las características más significativa de la parafilia consiste en la presencia de un interés erótico inusual, fuertemente activador, y antiguo en la historia de la experiencia erótica personal. Es inusual sentirse fuertemente activado por un cadáver, por un muñón, por un zapato, por el dolor, por un animal, etc. Sin embargo el contenido de lo que mayoritariamente se puede considerar como inusual no es suficiente para describir la parafilia. Es preciso valorarlo en el contexto de la biografía.

La fantasía parafilica adquiere gran importancia en esta forma de orientación del deseo. Se trata de la representación mental del objeto de deseo erótico. La valoración de la fantasía parafilica es importante puesto que, en algunos casos, es la principal manera de expresión. Las personas que experimentan esta forma de orientación del deseo suelen tratar de convertir la

fantasía en realidad. Las fantasías parafilicas suelen variar de contenido de unas personas a otras. En ocasiones, estas pueden llegar a ser hostiles, en la medida en que se relacionan con agresiones sexuales.

En el caso del masoquismo la agresión se dirige hacia uno mismo. La fantasía parafilica podría ser considerada como un ensayo de convertir en víctimas a otras personas. Según Levine (1992) la agresión está, de una u otra forma, presente en algunas parafilias de modo explícito o implícito a veces disfrazada, por ejemplo, en forma de amor a los niños en la paidofilia. La fantasía parafilica puede expresarse en forma de sueños diurnos activados por el estímulo activador de la misma. Se explicarían así las dificultades de concentración de las personas que los viven. Las fantasías parafilicas son plenamente conscientes y según el autor citado no deben ser confundidas con especulaciones de agresiones inconscientes.

Otra de las características de la parafilia consiste en que las personas que tiene esta dificultad sienten que las fantasías ejercen una fuerte presión para convertirlas en realidad. En su forma más ligera, la preocupación por su contenido puede hacer que no sean llevadas a la realidad, permaneciendo en el imaginario. En su forma más intensa, la fantasía provoca un irresistible impulso a pasar al acto consigo mismo (de manera autoerótica) o con otros, dependiendo del contenido. En esta forma intensa, la compulsividad es evidente.

La masturbación juega un papel muy importante en la descarga de la tensión. Puede llegar a ser muy frecuente. En los casos más severos, la masturbación puede llegar a interferir seriamente en la vida cotidiana. Alguien podría masturbarse quince o veinte veces diarias, siendo así que el límite no estaría en la saciación del impulso, sino en la capacidad del propio organismo. Las personas que relatan estas experiencias afirman que perciben la activación del deseo y su paso al acto como algo fuera de control, o bien que este les exige tanto esfuerzo que la vida habitual, la concentración en el trabajo, el estudio, etc., se ve seriamente alterada.

3.3.1 Criterios para el diagnóstico

Según el DSM IV, la característica esencial de la parafilia es la presencia de repetidas e intensas fantasías sexuales de tipo excitatorio, o de comportamientos sexuales que por lo general engloban: a) objetos no humanos, b) el sufrimiento o la humillación de uno mismo o de la pareja, c) niños u otras personas que no consienten, y que se presentan durante un periodo de al menos 6 meses.

Para algunos individuos, las fantasías o los estímulos de tipo parafilico son necesarios e imprescindibles para obtener excitación y se incluyen in-

variablemente en la actividad sexual. En otros casos, las preferencias de tipo parafilico se presentan solo episódicamente, por ejemplo durante periodos de estrés, mientras que en otras ocasiones el individuo es capaz de funcionar sexualmente, sin fantasías ni estímulos de este tipo. El deseo, las fantasías y los comportamientos, de tipo parafilico provocan un malestar significativo y o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Los parafilicos pueden intentar la representación de sus fantasías en contra de la voluntad de la pareja, con resultados peligrosos para ella, como ocurre en el caso del sadismo o la paidofilia entre otras. Las ofensas sexuales hacia los niños constituyen una proporción significativa de todos los actos sexuales criminales documentados, y el exhibicionismo, la paidofilia y el voyerismo representan el contenido de la mayoría de los procesos por delitos sexuales.

En algunas situaciones la representación de fantasías de tipo parafilico puede conducir a autolesiones, como en el caso del masoquismo. Las relaciones sociales y sexuales pueden verse seriamente afectadas si las personas del entorno, familiar y social, encuentran que el comportamiento sexual del individuo es vergonzoso o repugnante, o si la pareja se niega a participar en sus preferencias eróticas.

Aunque las expresiones parafilicas del deseo erótico son consideradas como alteraciones, en la medida en que escapan del control personal, es necesario también analizar la reacción social ante estos casos. La sociedad occidental, globalmente considerada, tiende a la erotofobia de tal modo que reacciona con niveles altos de alarma social ante cualquier evento relacionado con la sexualidad. De este modo, las reacciones pueden llegar a ser desproporcionadas. Es cierto que la ciudadanía debe ser protegida de ataques a la intimidad sexual y de agresiones, pero también debería ser instruida para la comprensión de algunas parafilias benignas no agresivas, con el fin de ponderar el tipo de reacción ante ellas.

Parafilias más comunes

A continuación presentamos una lista de las parafilias denominadas «típicas» por ser las más conocidas y las de mayor incidencia en la población.

- *Travestismo*. La persona necesita vestirse con ropas del sexo opuesto para lograr el placer sexual. Normalmente, la mayoría son hombres heterosexuales con fuertes impulsos y fantasías de vestirse con ropas femeninas para excitarse. Experimentan placer y relajamiento al portar ropas del sexo opuesto y manifiestan satisfacción por la sensación físi-

ca de la ropa, o al mirarse en un espejo. En sentido estricto no se trata de un trastorno de la identidad sexual ni de género. Se trataría del placer de colocarse al otro lado de la experiencia erótica. Tampoco debe confundirse con la transexualidad o el transgenerismo.

- *Sadismo*. El término proviene de los relatos del Marqués de Sade (1740-1814). El placer sexual se logra a través de actos que causen dolor físico o humillación y degradación. La persona sádica obtiene placer erótico al vejar a su pareja. Se tiende a sustituir el coito por estos actos. La gravedad de esta parafilia depende en parte del consentimiento de la pareja y del grado de compulsión y exclusividad.
- *Masochismo*. Término que proviene de la obra del novelista austriaco Leopold Von Sacher-Masoch (1836-1895) quien narraba sus experiencias sexuales. Al igual que en el sadismo, el placer sexual se obtiene sustituyendo el coito por actos que causen dolor y hasta lesiones físicas, humillación y degradación moral, pero a diferencia del sadismo, la persona provoca intencionadamente estas situaciones. No es que los masoquistas deseen sufrir, sino que desean hacer significativa su resignación hacia la pareja y su sumisión hacia el maltrato, tanto físico como mental. Algunos autores analizan estas dos parafilias conjuntamente, ya que según algunos, son dos formas de expresar el mismo fin, placer por el dolor, en forma activa en el sadismo o en forma pasiva en el masoquismo.
- *Fetichismo*. Se trata del investimento de valor erótico a objetos generalmente inanimados. El fetiche puede ser cualquier tipo de objeto o bien partes concretas del cuerpo, como un pie, un dedo, la oreja, etc. La excitación obtenida a través de estos objetos es requisito para llegar al orgasmo. Se distinguen varios grados que van desde la simple preferencia por el objeto fetiche dentro del acto sexual, hasta la completa sustitución del compañero sexual por el objeto.
- *Exhibicionismo*. Consiste en alcanzar la excitación sexual mostrando los genitales a personas desconocidas y en lugares públicos más o menos ocultos. La sorpresa y el hecho de provocar la observación forzosa se convierte en un incentivo. La excitación suele ocurrir al anticipar mentalmente la situación.
- *Pedofilia*. Consiste en el deseo de obtener gratificación erótica con niños. Se presenta de diferentes formas en relación a la orientación erótica de base, homoerótica, heteroerótica o ambas. Cabe distinguir a aquellas personas cuya único interés y posibilidad de actividad es con niños, de otro tipo de agresores sexuales en los que la actividad con niños puede ser una entre otras actividades sexuales.
- *Voyeurismo*. Se trata de la obtención de excitación sexual al observar en forma oculta y sin consentimiento a personas desnudas o realizando alguna actividad sexual. Esta actividad suele ir acompañada de masturbación.

- *Necrofilia*. Se caracteriza por la obtención de excitación sexual realizando actividades sexuales con cadáveres humanos.
- *Zoofilia o bestialismo*. Excitación sexual provocada a través de actividades sexuales con animales.
- *Froterismo*. Término derivado del francés *frotter* que significa restregar, rozar. Se trata de la excitación y el placer obtenido por el frotamiento de los órganos genitales contra el cuerpo de una persona desconocida y sin su consentimiento. Se realiza en lugares públicos muy concurridos como autobuses, metro, etc. El recuerdo de la experiencia puede alimentar la fantasía de masturbaciones posteriores.
- *Coprofilia*. El placer sexual se obtiene a través de las materias fecales, heces, ya sea oliendo, defecando encima de la pareja o incluso mediante la ingesta.
- *Urofilia o urolagnia*. El placer se obtiene a través de la orina, ya sea oliéndola, orinando encima de la pareja, o recibéndola de otra persona, así como la observación de otros orinando. En términos populares se le suele denominar «lluvia dorada».
- *Climasfilia*. El placer sexual se obtiene mediante la realización de enemas, inyección de alguna sustancia por el recto.
- *Hipoxifilia*. Este tipo de parafilia consiste en intensificar la excitación sexual por medio restricción del oxígeno de la respiración hasta el límite, ya sea por medio de una bolsa de plástico donde se introduce la cabeza, o a través de alguna técnica de estrangulamiento.

Parafilias descritas por John Money

J. Money (1986) describió una gran cantidad de parafilias algunas de ellas sumamente atípicas. En realidad, cualquier tipo de objeto, de comportamiento atípico o de situación especial, puede ser revestido de valor erótico y, por tanto, tener capacidad de estímulo erótico. El que se convierta en un trastorno parafilico dependerá de si los comportamientos asociados a este tipo de objetos o situaciones responden a los criterios de la parafilia: exclusividad y compulsión. En el siguiente cuadro se exponen algunas de las parafilias indicadas por Money.

- *Acrotomofilia*. La excitación viene dada por la realización del acto sexual con un compañero sexual con alguna parte del cuerpo amputada.
- *Apotemnofilia*. La excitación viene dada por ser uno mismo el amputado en la relación sexual.
- *Autagnofilia*. La excitación se produce al ser grabado con una cámara mientras se realiza cualquier acto sexual.
- *Autanasinofilia*. La excitación viene dada por la muerte de la pareja sexual en el transcurso de prácticas sadomasoquistas.

- *Biastofilia*. La excitación viene dada por un continuado ataque violento no consentido a extraños.
- *Crematistofilia*. La excitación viene dada por ser obligado a pagar por actos sexuales, o siendo robado por la pareja sexual.
- *Cronofilia*. La excitación viene dada por la diferencia de edad de la pareja sexual, ya sea mayor o menor: paidofilia, gerontofilia, etcétera.
- *Erotofonofilia*. La excitación viene dada por la muerte de la pareja sexual, donde el orgasmo llega en el momento de la muerte de la pareja.
- *Formicofilia*. Es una variación de la zoofilia, en la cual la excitación viene dada por la sensación producida por el contacto en zonas erógenas de animales pequeños como gusanos, insectos, ranas, etcétera.
- *Hybritosfilia*. La excitación viene dada por saber que la pareja sexual es un asesino, criminal, etcétera.
- *Hyphefilia*. La excitación viene dada por el tacto o la sensación de contacto con pelo, pieles, sobre todo en zonas eróticamente significativas.
- *Cleptofilia*. La excitación viene dada por el robo a un extraño o a una posible pareja sexual.
- *Misofilia*. La excitación viene dada por la autodegradación del olor, la visión, el tacto de artículos de higiene menstrual.
- *Narratofilia*. La excitación viene dada por el uso de palabras, escuchar o leer historias pornográficas o de alto nivel contenido sexual, relatos eróticos en presencia de la pareja sexual.
- *Nepiofilia*. Variación de la paidofilia. La edad de la pareja sexual se restringe a la infancia.
- *Olfactofilia*. La excitación viene dada por los olores procedentes de partes del cuerpo, sobre todo de las partes sexuales.
- *Podeictofilia*. Variación del exhibicionismo. La excitación viene dada por provocar sorpresa, terror, etc., al mostrar los genitales (especialmente el pene) a personas extrañas.
- *Pictofilia*. La excitación viene dada por ver dibujos, películas, fotos, etc. De escenas pornográficas o de alto nivel sexual en presencia de la pareja sexual.
- *Somnofilia*. La excitación viene dada por practicar sexo, ya sea coital, sexo oral, etc., con personas dormidas, pero sin utilizar la violencia.
- *Stigmatofilia*. La excitación viene dada por ser tatuado, escarificado o por piercings, especialmente en los genitales.
- *Symphorofilia*. La excitación viene dada por la posibilidad de que ocurra algún desastre, como accidentes de tráfico, etc., o a la espera de que ocurra.
- *Escatofilia telefónica*. La excitación viene dada por escuchar a personas, conocidas o desconocidas, por teléfono y sobre todo, al tener una conversación erótica.
- *Troilismo*. La excitación viene dada por ver a la pareja practicando actividades sexuales con una tercera persona.

Fuente: Money, J. (1986). *Lovemaps: Clínica l concepts of sexual/erotic health and pathology, and gender transposition in childhood, adolescence and maturity*. Nueva York: Irvington publishers.

4. Trastornos de la excitación

Por definición, los trastornos de la fase de excitación consisten en el bloqueo del reflejo de vasocongestión y vasodilatación que dirige el caudal sanguíneo a los genitales, produciendo los cambios propios de esta fase descrito en el capítulo anterior.

En la mujer, este bloqueo impide la lubricación vaginal y la formación de la plataforma orgásmica, tensión especial de los músculos perivaginales. En los hombres el bloqueo de esta fase provoca los trastornos en la erección.

4.1 Disfunción en la erección

Clásicamente, a este trastorno se le ha denominado «impotencia», pero es evidente que es un término inapropiado por las connotaciones peyorativas que conlleva, propias de una cultura predominantemente sexista. El mito de la virilidad se simboliza en el tamaño y la «potencia» del falo. La mayoría de los clínicos e investigadores consideran importante hacer esta aclaración terminológica y coinciden en que es más adecuado referirse a esta dificultad como trastorno o disfunción de la erección.

Se trata de las dificultades de lograr o mantener la erección el tiempo suficiente como para realizar el coito y posteriormente eyacular. Atendiendo al modelo trifásico de la respuesta sexual propuesto por Kaplan, la dificultad en la erección constituye, como ya hemos indicado anteriormente, un trastorno de la fase de excitación. Las dificultades en la erección pueden ir acompañadas de pérdida de deseo y de dificultades en la eyaculación, pero la dificultad esencial es el bloqueo del reflejo de vasodilatación y vasocongestión.

- *Causas físicas.* Los complejos mecanismos hormonales, vasculares y neurológicos que intervienen en la erección masculina son vulnerables y pueden estar en la base de este trastorno. Solo cuando las dificultades de erección son claramente situacionales, se pueden descartar etiología de base orgánica. Entre las causas físicas más frecuentes podemos citar las siguientes: la tensión o la fatiga, la diabetes temprana no diagnosticada, bajo nivel de andrógenos, ciertos problemas hepáticos, uso indiscriminado de alcohol, narcóticos, de medicación a base de estrogénos y parasimpatolíticos, ciertas enfermedades neurológicas (esclerosis múltiple o determinado tipo de tumores que bloquean la parte inferior de la médula).
- *Causas psicológicas.* Los planteamientos modernos sobre las dificultades sexuales a partir de Master y Johnson consideran que las causas

de las disfunciones sexuales, en la mayor parte de los casos, no responden necesariamente a conflictos profundos, sino más bien a causas que podríamos considerarlas próximas.

Kaplan propone un concepto psicosomático respecto a la disfunción sexual general. La excitación sexual femenina es una reacción visceral de los vasos genitales que se hallan bajo control del sistema nervioso autónomo. La respuesta vasocongestiva de la excitación se produce, en estado de relajación, por la vasodilatación de los vasos de la musculatura lisa. Estas reacciones no son exclusivas de la respuesta sexual, sino que se producen en otras como la respiración, la digestión, etc. Estas pueden ser alteradas por los efectos fisiológicos producidos por estados emocionales negativos. Si tomamos como ejemplo la digestión, una persona atemorizada o encolerizada, etc., podría producir una hipersecreción de ácidos, o impedir el flujo sanguíneo correcto hacia el estómago, llegando de esta manera a alteraciones digestivas e incluso a un corte de digestión. De igual manera, estados emocionales negativos pueden bloquear persistentemente la respuesta psicofisiológica de la respuesta sexual. Las causas por las cuales las personas pueden evocar emociones negativas frente a la experiencia sexual, no de forma situacional sino reiterada hasta el punto de considerarse como disfuncional, pueden ser diversas. Kaplan diferencia las causas remotas de las próximas. Las primeras pueden deberse a conflictos profundos sexuales o no sexuales, y las segundas a motivos actuales como desconocimiento, ansiedad, miedo, inseguridad, dificultades de comunicación, autoobservación hipercrítica, etc. Sin duda, dadas las diferencias culturales entre mujeres y hombres, es muy probable que existan diferencias de género en relación con la etiología.

Los planteamientos modernos sobre las dificultades sexuales a partir de Masters y Johnson consideran que las causas de las disfunciones sexuales, en la mayor parte de los casos, no responden necesariamente a conflictos profundos, sino más bien a causas que podríamos considerarlas próximas.

Desde un punto de vista psicosomático, en situaciones normales, es decir, no disfuncionales, el reflejo de la erección se bloquea en situaciones de alta tensión, por ejemplo en situaciones de «peligro», o en las que se requiere un nivel de atención excepcional, como cualquier situación profesional, actuaciones en público, dada una jerarquía de prioridades. También es normal que no aparezca la erección en estado de enfermedad. Dicho de otro modo, la aparición de la respuesta fisiológica de excitación sexual requiere de un contexto apropiado de tranquilidad e intimidad, donde surge espontáneamente ante la estimulación adecuada.

La dificultad en la erección puede ocurrir por los mismos mecanismos fisiológicos del bloqueo que se produce en situaciones adaptativas de alto

estrés, pero en personas que son particularmente vulnerables al mismo, es decir, personas que viven determinadas situaciones como particularmente estresantes, cuando para la mayoría no lo son. El origen de tal vulnerabilidad no es plenamente conocido. Puede deberse a factores constitucionales o experienciales. Kaplan trata de explicar las diferencias de vulnerabilidad al estrés aludiendo a la «especificidad de la respuesta individual», la cual se basa en el hecho de que algunas personas tienden desde la temprana infancia a reaccionar exageradamente ante un tipo específico de tensión con un síntoma somático también específico (diarreas, dolores de cabeza, etc.). Por analogía se podría pensar que algunas personas reaccionan bloqueando el reflejo de la erección ante situaciones sexualmente estresantes.

La vulnerabilidad a las emociones constituye otro nivel etiológico. Ante las demandas de situaciones eróticas surgen, bien emociones positivas que motivan hacia la experiencia sexual, bien negativas que activan formas de afrontamiento o de defensa adecuados o inadecuados. Los primeros preservarán funcionalmente el comportamiento sexual mientras que los segundos activarán mecanismos fisiológicos o cognitivos entorpecedores. Por tanto, respecto a la vulnerabilidad ante las emociones nos encontramos con personas que evocan una reacción emocional negativa desproporcionada ante cualquier obstáculo, cuya consecuencia se traduce en niveles elevados de ansiedad, que destruyen el delicado equilibrio de la respuesta fisiológica de la excitación, erección o lubricación vaginal, frente a otras, cuya reacción ante la misma situación es menor y cuentan con mecanismos idóneos, que soslayan los efectos entorpecedores de emociones negativas.

Conviene también revisar las causas psicológicas inmediatas que tienen capacidad de bloquear la respuesta de erección. En términos generales debemos decir que la excitación sexual es una respuesta espontánea, natural que surge de forma involuntaria ante una estimulación eficaz y en una situación adecuada. Por ello, toda presión exagerada, toda exigencia de rendimiento puede provocar *temor al fracaso* cuya anticipación generaría la ansiedad responsable del bloqueo. Tal exigencia puede provenir de instancias individuales, actuales o históricas, o sistémicas debidas a los efectos estresantes que se producen en el sistema de relación sexual. Una persona con un nivel de autoestima sumamente devaluado, podría considerar que no está a la altura de su compañera, que podría decepcionarle, etc., ocasionando esta percepción la necesidad de hipervigilar la situación. Desde otro punto de vista, es el sistema de relación de pareja el que, en sí mismo, tiene la capacidad de generar un grado alto de tensión. La teoría de sistemas aplicada a las relaciones humanas pone de manifiesto la dinámica de las interrelaciones y los mecanismos que intervienen en comportamientos disfuncionales. La importancia de los factores diádicos se puso de manifiesto, a partir de la mejora de los resultados cuando se impuso el tratamiento en

pareja, como mejor formato en la forma de abordar las disfunciones sexuales.

La excesiva concentración en la situación del otro, un cierto nivel de culpa relacionada con una falsa atribución de egoísmo sobre el placer, la hipervigilancia de la situación que se ha venido en llamar el «rol del espectador», la «ansiedad de ejecución», que consiste en la anticipación de fracasos anteriores, se pueden considerar causas inmediatas respecto a la disfunción.

5. Trastornos del orgasmo

5.1 El orgasmo prematuro o eyaculación precoz

La revisión de la literatura científica acerca de los aspectos conceptuales de la eyaculación precoz muestra la dificultad para su definición. Existen dos criterios previos. Uno se refiere a las necesidades de los investigadores, el otro a la de los clínicos. Los primeros deben precisar criterios para la operacionalización de esta variable en el ámbito de la investigación empírica. Los segundos deben incidir sobre la precisión del diagnóstico en relación con el tratamiento. En cualquier caso, los aspectos definitorios los podemos agrupar en los siguientes criterios: dimensión cuantitativa, satisfacción de la compañera, control voluntario, latencia y control.

- *La dimensión cuantitativa.* Esta aproximación incide en el número de empujes o «emboladas» que se producen antes de la eyaculación. Es decir, el número de impulsos pélvicos que se producen en el coito. Supuestamente, este criterio tiene la ventaja de poder objetivar este fenómeno, pero a todas luces es insuficiente puesto que nadie ha definido qué es un «empuje» y no se tienen en cuenta variables tales como la profundidad de la penetración, el grado de lubricación vaginal, la postura, etc. También se ha utilizado el criterio de latencia que se refiere al tiempo transcurrido entre la intromisión del pene en la vagina y la eyaculación.
- *La satisfacción de la pareja.* Este criterio fue propuesto por Masters y Johnson (1966) quienes consideraron que se podía diagnosticar un orgasmo prematuro cuando el hombre no podía aplazar la eyaculación al menos el 50% de las veces antes de que su compañera llegara al orgasmo. El hecho de tener en cuenta al otro miembro de la pareja supone una visión más amplia de esta dificultad dado que la mayoría de las disfunciones sexuales aparecen en la relación sexual compartida en el sistema de pareja, sin embargo, es fácil que se den falsos positivos si no se tiene en cuenta el grado de facilidad o dificultad hacia el orgasmo de la pareja.

- *Control voluntario.* Una manera alternativa de superar las debilidades de los criterios anteriores, se ha centrado en considerar la eyaculación precoz en términos de control voluntario. El control voluntario de la eyaculación es siempre una cuestión relativa, puesto que el orgasmo es un reflejo, por tanto involuntario. La cuestión radica en que las personas que no tienen dificultades ejercen un cierto control sobre el reflejo orgásmico, pudiendo provocarlo o retrasarlo. Sin embargo las personas con dificultades en este sentido, tienen la sensación de ser incapaces de ejercer el más mínimo control. Recordemos que el control no se ejerce sobre el orgasmo mismo, por ser este un reflejo, sino sobre los momentos preorgásmicos, es decir, sobre las señales sensitivas que anticipan la proximidad del umbral del orgasmo.

Este criterio presenta también la dificultad de la latencia: ¿cuánto tiempo de control se puede considerar insuficiente en el diagnóstico de la eyaculación precoz? No cabe duda de que es una cuestión bien subjetiva. Desde el punto de vista clínico los hombres con esta dificultad manifiestan una nítida sensación de carecer de la capacidad de control sobre el proceso del orgasmo, fácilmente reconocible para el terapeuta experimentado. Tal vez este criterio es insuficiente para los investigadores que se ven en la necesidad de operacionalizar el orgasmo prematuro en tanto que variable.

- *Etiología.* Diversos autores han indicado que el orgasmo prematuro puede producirse a partir de niveles altos de ansiedad (Kaplan, 1974; Masters y Johnson, 1970; Williams, 1984; Zilbergeld, 1992). Sobre ella se han planteado dos teorías. La primera plantea que el incremento de ansiedad activa el sistema nervioso simpático, siendo este el responsable de la fase de emisión y eyaculación.

La segunda se basa en que los niveles altos de ansiedad provocan distracción durante el acto sexual a través de pensamientos relacionados con el rendimiento, la adecuación. Estas distracciones, que pueden ser el efecto de la ansiedad, impiden tomar conciencia de las sensaciones que indican la proximidad del umbral del orgasmo impidiendo el control sobre el mismo.

Algunos autores han considerado que la técnica de aprendizaje de la masturbación podría estar asociada a esta disfunción. La eyaculación precoz puede ser debida al aprendizaje consciente o inconsciente de la técnica adecuada para el control del orgasmo. En general los hombres se masturban tratando de alcanzarlo rápidamente, la estimulación se centra en el pene y se evocan intensas fantasías con el fin de incrementar velozmente un alto nivel de excitación sexual. Estas pautas de comportamiento facilitarían la falta de control orgásmico en las relaciones compartidas.

La investigación acerca de la eyaculación precoz es escasa, los resultados son, en general, inconsistentes.

5.2 El orgasmo retardado o eyaculación retardada

En este apartado incluimos lo que clásicamente se ha denominado orgasmo retardado y ausencia de orgasmo o anorgasmia. En realidad se trata de la misma entidad clínica cuya diferencia se sitúa en el gradiente de gravedad. Se puede trazar un espectro que va desde una cierta dificultad puntual o situacional para alcanzar el orgasmo que se supera con un incremento de estimulación física o fantaseada y que no debemos ni siquiera considerarlo como un trastorno, hasta la incapacidad total de alcanzarlo. En este lado del espectro se hallan las situaciones más graves, es decir, aquellos hombres que nunca han llegado al orgasmo.

En la actualidad se tiende a denominar a esta dificultad como *inhibición orgásmica* en lugar de eyaculación retardada. Consiste en la dificultad que algunos hombres tienen de alcanzar el orgasmo, después de haber desarrollado la fase de excitación adecuadamente. La experiencia concreta vivida por hombres afectados por esta dificultad consiste en que llegado el momento en que se desea la aparición del orgasmo, esta no ocurre si no es a base de un esfuerzo añadido que consiste en un incremento de estimulación, bien física, bien fantaseada. En algunos casos este incremento se consigue con técnicas concretas como cambios bruscos de postura o a través de una fuerte estimulación manual del pene, siendo así que algunos no conseguirían el orgasmo en el coito, ciertos hombres que están en esta situación afirman haber fingido el orgasmo para disimular su dificultad ante su pareja. Algunos incluso necesitarían masturbarse a solas después de la relación. La expresión de máxima gravedad de esta dificultad se manifiesta en hombres que jamás han llegado al orgasmo a pesar de los esfuerzos. Esta situación representa la anorgasmia masculina.

Esta disfunción pone de manifiesto una vez más la naturaleza trifásica de la respuesta sexual. En este caso se trata de un bloqueo de la fase de orgasmo, estando tanto la fase de deseo, como la de excitación, intactas. La experiencia de las personas que padecen esta dificultad consiste en que, teniendo un alto nivel de deseo y estando altamente excitados, no son capaces de superar el umbral del orgasmo. Debemos tener en cuenta las dimensiones etiológica, temporal, de situacionalidad y de gravedad.

- *Etiología.* No existen evidencias claras de etiología orgánica para estos trastornos. Las condiciones que deprimen el nivel de andrógenos suelen afectar a todas las partes de la respuesta sexual, sin interferir selectivamente en la eyaculación. La diabetes no diagnosticada afecta

fundamentalmente a la excitación (erección); sin embargo podría también afectar a la fase de orgasmo. Cualquier tipo de drogas o medicaciones que alteran el mecanismo adrenérgico del sistema nervioso simpático que controla la fase de emisión puede interferir esta función.

Para Kaplan y desde otro punto de vista, la inhibición del orgasmo, al igual que otras disfunciones, es la concomitante fisiológica de la ansiedad. Por tanto, toda situación que la genere interferirá en el normal desarrollo de la respuesta sexual. La ansiedad puede ser debida a causas próximas cuando la fuente de ansiedad se relaciona con el contexto actual de la actividad sexual, por ejemplo, la ansiedad de ejecución, el miedo al fracaso, la hipervigilancia en la propia capacidad, etc. Puede ser debida a causas remotas cuando el origen de la ansiedad se debe a circunstancias históricas insertadas en la biografía y que repercuten en la propia personalidad, por ejemplo actitudes fuertemente erotofóbicas, conflictos individuales, etcétera.

5.3 Trastornos del orgasmo en la mujer

Así como los mecanismos de acción del orgasmo en la mujer no están suficientemente claros, la definición de lo que se puede considerar un trastorno del orgasmo está sometida también a discusión. En todo caso, la anorgasmia, es decir, la ausencia de la experiencia del orgasmo, no presenta ninguna duda, en cualquiera de sus modalidades, primaria o secundaria, global o situacional.

La cuestión más discutible es si se puede considerar como trastorno lo que algunos denominan la anorgasmia vaginal, es decir, la ausencia de orgasmo en el coito, en mujeres que por otro lado obtienen orgasmos por otras vías de estimulación. Para esta discusión es necesario tener en cuenta el contexto cultural. Recordemos que hasta tiempos recientes no se consideraba la capacidad de la mujer de disfrutar de la experiencia sexual, siendo su papel relegado a mero vehículo de la satisfacción masculina. La inercia del predominio masculino ha diseñado unas formas de comportamiento sexual que priorizan el coito y la genitalidad frente a otras formas de expresión erótica, de tal modo que se considera el orgasmo en el coito, tanto para hombres como para mujeres, como el fin último. Vistas así las cosas el orgasmo en el coito viene a ser la respuesta auténtica, mientras otras formas de orgasmo son consideradas como sucedáneos. De hecho, muchas de las mujeres que no lo alcanzan en el coito tienden a considerarse subjetivamente disfuncionales, siendo una proporción de ellas las que acuden a consulta. Respecto a la llamada anorgasmia vaginal, ¿se trata de una disfunción se-

xual o es una inducción cultural? Desde mi punto de vista, se trata fundamentalmente de una inducción cultural, no obstante hay que respetar la demanda de aquellas mujeres que lo viven de una manera conflictiva y ofrecerle recursos para su resolución, a través de reestructuraciones cognitivas respecto a sus esquemas sobre el orgasmo e incluso ofreciendo técnicas puente que asocien sensaciones orgásmicas y coitales.

Dentro de los factores orgánicos que pueden ser responsables de dificultades orgásmicas algunos autores lo atribuyen a determinadas adherencias en el clítoris que dificultan su correcta estimulación. Esta hipótesis no ha sido suficientemente contrastada.

Otra hipótesis en el ámbito de lo orgánico se refiere a la importancia del tono muscular de los músculos perivaginales defendida por Kegel. Según esta, un excesivamente bajo tono muscular haría imposible el orgasmo. Sobre la base de esta afirmación algunos terapeutas han utilizado los llamados ejercicios Kegel, que están diseñados para aumentar el tono muscular. Esta hipótesis no tiene un suficiente apoyo empírico.

En general se puede afirmar que se conocen muy poco los posibles factores orgánicos que pueden influir en las dificultades del orgasmo.

La etiología psicógena de los trastornos del orgasmo en las mujeres puede ser similar a los de los hombres. Como en ellos la dificultad orgásmica, como dice Kaplan, es el concomitante fisiológico de la ansiedad. Posteriormente se desarrolla un planteamiento global de la etiología psicógena de las disfunciones sexuales.

6. Otros trastornos de ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual

En este apartado se incluyen dos trastornos específicos que no son atribuibles a alteraciones de ninguna de las fases del modelo trifásico de respuesta sexual.

- *Dispareunia*. Etimológicamente, dispareunia significa dificultad en el emparejamiento, en el ámbito de las dificultades sexuales esta entidad clínica se refiere al dolor en el coito. Generalmente, esta dificultad se da sobre todo en mujeres, aunque en menor proporción se encuentra también en hombres. El dolor puede ser de varios tipos, agudo y profundo, irritativo y externo, punzante, etc. Respecto al origen de esta dificultad, habría que diferenciar las causas físicas de las psicológicas. Esta dificultad habitualmente se asocia a causas de tipo orgánico, como lesiones, malformaciones, inflamaciones, secuelas de intervenciones, etc. Así como ante cualquier dificultad sexual conviene una revisión

médica previa, en el caso de la dispareunia es imprescindible. Si el dolor está determinado por algunas de las múltiples causas físicas el tratamiento debe ser llevado por el médico especialista correspondiente.

Dentro del campo de la terapia sexual, la dispareunia tiene su espacio terapéutico cuando las causas tienen un origen psicógeno. Desde este punto de vista, cualquier motivo que provoque un nivel exagerado de ansiedad puede producir un déficit en la respuesta sexual. Una excesiva tensión de los músculos perivaginales, así como una precaria lubricación vaginal pueden producir sensación de dolor. A veces el dolor es un síntoma de un vaginismo encubierto. Como indicamos en el apartado correspondiente, el vaginismo tiene diversos niveles de gravedad que van desde la contracción muscular violenta que hace imposible cualquier tipo de penetración, hasta una contracción menos intensa que sí la hace posible, siendo esta dolorosa. Esta forma de vaginismo puede pasar desapercibida puesto que la demanda principal suele ser el dolor y no la dificultad respecto al coito. Es por tanto necesario un diagnóstico diferencial en estos casos.

Las causas que generan un nivel elevado de ansiedad pueden ser debidas a conflictos generales respecto a la integración de la dimensión sexual en el conjunto de la personalidad. También pueden ser debidas a experiencias traumáticas de mayor o menor gravedad, tales como agresiones sexuales, violaciones en concreto, sobre todo si estas han sido particularmente violentas desde un punto de vista físico. De menor gravedad pero con efectos similares, pueden darse en las primeras experiencias sexuales coitales.

- *El vaginismo.* Consiste en un espasmo involuntario de los músculos que rodean la entrada vaginal, en concreto del esfínter de la vagina y del denominado *levator ani*. Anatómicamente, los genitales de la mujer que padece vaginismo son normales. Lo que ocurre es que ante el intento imaginado, anticipado o real de proceder a la penetración, el introito vaginal se cierra firmemente.

Secundariamente, las mujeres que padecen de vaginismo pueden tener una reacción fóbica al coito en particular o las relaciones sexuales en general. Sin embargo, en algunos casos el vaginismo es la consecuencia de una fuerte reacción fóbica al erotismo en general.

Algunas mujeres a pesar de esta dificultad, pueden mantener relaciones sexuales y disfrutar de ellas siempre y cuando no se intente la penetración, incluso alcanzando el orgasmo. La anticipación de la situación temida puede inhibir totalmente tanto el deseo como la excitación en otras.

Este trastorno específico no puede ser clasificado como propio de una fase determinada de la respuesta sexual aunque podría alterar

cualquiera de ellas, el deseo, la excitación o el orgasmo. Por ello el terapeuta debe realizar un fino diagnóstico diferencial, que permita establecer el foco esencial de esta dificultad y centrar así su proyecto terapéutico.

7. Aproximación a la etiología de las disfunciones sexuales

En general se acepta que la ansiedad es factor causal de la etiología psicógena de las dificultades sexuales. Esta se activa ante situaciones relacionadas con la experiencia erótica, pero ni su contenido ni su intensidad son específicos. Podría tener diversos orígenes, procedentes de distintos niveles de profundidad, podrían ser conscientes o permanecer subyacentes:

Los concomitantes fisiológicos de la angustia son siempre los mismos sea cual sea la fuente, profundidad o intensidad, independientemente de cuál sea su relación con la experiencia consciente y sea cual fuere el nivel de penetración psicológica.

KAPLAN, 1979.

Dicho de otro modo la angustia, expresada en forma de ansiedad, es la responsable de la alteración de la respuesta sexual en cualquiera de sus fases, deseo, excitación u orgasmo. El síntoma aparece por la acción de los efectos de la ansiedad en el sistema nervioso. Por ejemplo, la alteración de la erección se produce por la alteración de las órdenes enviadas por el cerebro a los núcleos espinales que, a su vez, emiten señales a través de las raíces raquídeas motoras para que se produzca la vasodilatación y vasocongestión necesarias para la aparición y mantenimiento de la erección.

La cuestión esencial en la etiología es determinar el origen, las causas y la intensidad de la ansiedad. Ese es el principal reto del terapeuta. Su capacidad, formación y experiencia le permitirá hacer interpretaciones, valoraciones y diagnósticos ajustados a la realidad de la persona que consulta. La ansiedad se puede producir por causas leves, moderadas o graves:

- *Causas leves.* Ansiedad de ejecución, excesiva preocupación por el otro, ansiedad producida por las expectativas sexuales no realistas referidas a la propia persona o a su pareja, miedos pasajeros debidos a la inexperiencia, miedo a ser rechazado, residuos leves de culpa y vergüenza por la masturbación o el placer sexual. Estas causas leves pueden ser reales, es decir son temidas realmente y puede haber motivos reales para ellas, o pueden ser menos conscientes o subyacentes debidas pequeñas luchas por el poder en el ámbito de la pareja, falta de

autoafirmación, mensajes levemente negativos recibidos en la infancia, etc. Normalmente estas causas suelen ser conscientes para el individuo y accesibles a la terapia breve.

- *Causas moderadas.* Angustia ante el placer y el éxito, miedo a la intimidad y al compromiso, miedo al rechazo arraigado a niveles más profundos, etc. Este tipo de conflictos no suelen ser conscientes y no suele remitir con un abordaje simple de técnicas específicas sencillas. Generalmente, producen resistencias, no muy intensas, respecto al comportamiento sexual. Suelen remitir con facilidad con técnicas de terapia breve.
- *Causas graves.* Conflictos graves en la dinámica de la pareja asociados a reacciones hostiles y neuróticas. Conflictos sexuales que tienen sus raíces en agravios infantiles severos. Intensos sentimientos de culpa inducidos por mensajes familiares hostiles respecto a la experiencia del placer. Problemas graves de identidad, autoconcepto y autoestima. Conflictos con las figuras parentales. Dificultades con la articulación psicológica del deseo sexual en el conjunto de la personalidad. Dificultades en el espacio de la intimidad debido al miedo al rechazo o al abandono como resultado de la configuración de los modelos internos desde la infancia⁴.

Conviene por tanto distinguir entre las causas inmediatas de la disfunción sexual, de las causas remotas. Las «causas inmediatas» son aquellas que explican directamente la producción de la ansiedad que justifica el síntoma. Son causas relativamente sencillas plenamente conscientes y que responden bien a tratamientos breves.

Las «causas remotas» se refieren a aquellas que se instalan en acontecimientos de mayor calado que no son habitualmente conscientes y que generan resistencias que podrían llegar a ser muy intensas. No suelen responder a las técnicas más simples de tratamiento breve de las disfunciones sexuales. Exigen, por tanto, otro tipo de abordaje terapéutico.

El conductismo y la terapia cognitivo conductual, operan exclusivamente en el ámbito de las causas inmediatas y no reconocen que existan niveles psicológicamente más profundos que el propio aprendizaje. Las técnicas cognitivo conductuales pueden ser muy eficaces en el ámbito de las causas inmediatas, pero tienden a fracasar cuando el propio tratamiento elicit resistencias ante las cuales el terapeuta no tiene los recursos necesarios para su afrontamiento.

⁴ Confrontar con la relación entre apego y sexualidad expuesta en el capítulo 7, o con la monografía *Apego y sexualidad. Entre el vínculo afectivo y el deseo sexual* (Alianza Editorial, 2009).

Por otro lado, las terapias psicodinámicas e incluso las de orientación humanista pueden ser muy eficaces en el tratamiento de conflictos profundos individuales o de pareja que se relacionan con el síntoma sexual concreto, pero prestan tan poca atención a las causas inmediatas, que después de un largo tratamiento que ha podido ser beneficioso para el estado psicológico general del individuo, no ha sido eficaces en absoluto en la disolución del síntoma concreto en la respuesta sexual.

Kaplan propone *niveles múltiples de intervención*. El objetivo esencial en la terapia sexual consiste en aliviar el síntoma que figura en la demanda efectuada por la o las personas que consultan. Es decir, se focaliza la intervención en la experiencia sexual disfuncional. Para ello se centran los esfuerzos terapéuticos en las causas inmediatas que activan la ansiedad responsable de la alteración sexual. Solo cuando las resistencias impiden la mejoría es necesario pasar a otro nivel de intervención, tal y como veíamos en los principios generales de la terapia sexual. Por tanto, atendiendo a los orígenes de la ansiedad que, como ya indicamos, pueden ser diversos, próximos o remotos, y atendiendo a la intensidad de la ansiedad, pudiendo ser esta leve o intensa, el terapeuta debe estar atento a la manifestación de las resistencias al tratamiento, puesto que estas pueden estar indicando su vinculación a causas remotas que requieren unos recursos terapéuticos diferentes. La posibilidad de intervenir en distintos niveles según sea la complejidad de la dificultad presentada hace de la terapia sexual un instrumento potente en la resolución de este tipo de conflictos.

8. Terapia sexual

El tratamiento de la terapia sexual puede llegar a ser tan extenso que merecería toda una monografía. Por eso en este punto tan solo pretendo ofrecer un par de pinceladas sobre este tema.

Los principales modelos específicos de tratamiento de las disfunciones sexuales, como los propuestos por Masters y Johnson, Kaplan, Crepault, etc., consideran como una de las características más relevantes de la terapia sexual el hecho de centrarse en el tratamiento del síntoma sexual demandado por la persona o la pareja. Es decir, se focaliza la atención en la dificultad sexual demandada. No obstante, si consideramos una parte importante de las disfunciones sexuales suelen ser sistémicas, debe determinarse si la focalización del tratamiento debe realizarse sobre el síntoma sexual o sobre el sistema de pareja. Por ello es importante que los psicoterapeutas posean formación en ambos ámbitos.

En general, los formatos terapéuticos reconoce que las disfunciones sexuales puede ser debida a múltiples causas de tipo intrapsíquico o inter-

personal, pero estas solo se abordan en la medida en que impiden la mejora del síntoma. Unos formatos terapéuticos considerarían la dificultad sexual como un síntoma de conflictos profundos sin resolver, por tanto su desaparición solo sería posible en la medida en que los conflictos sean disueltos a través de un proceso psicoterapéutico. Otros limitarían la comprensión de las dificultades sexuales planteándolas como meras dificultades de aprendizaje por lo que su desaparición dependería de la modificación de las conductas implicadas.

Para Helen Singer Kaplan, la terapia sexual, asumiendo la naturaleza multicausal de las dificultades sexuales, focaliza su intervención en la dificultad sexual misma y solo aborda directamente otras dificultades psicológicas o relacionales en la medida en que estas son un obstáculo para la resolución de la dificultad. El planteamiento inicial del tratamiento desde esta perspectiva se centra en la modificación de las causas inmediatas y de las defensas contra la comunicación erótica. Se trata de intervenir para eliminar los obstáculos inmediatos que se oponen al funcionamiento sexual y al hacerlo se modifica el sistema sexual de la pareja permitiendo que el erotismo se desarrolle libremente.

La evidencia empírica y la observación clínica indican que personas con serias dificultades intrapsíquicas debidas a causas remotas, no desarrollan necesariamente dificultades sexuales específicas. Del mismo modo, a otras personas que sí muestran dificultades sexuales concretas no se les advierte conflictos psicológicos específicos en la valoración clínica (Masters y Johnson, 1970). Por tanto, se considera como un principio básico de la terapia sexual el reconocimiento de la naturaleza multicausal de las dificultades sexuales, lo cual permite un abordaje flexible e integrador. Por otro lado, la multicausalidad de las dificultades sexuales justifica el modelo propuesto por la terapia sexual y define un campo propio de intervención.

Una de las características de la terapia sexual consiste en la utilización de prescripciones que se deben realizar en privado. Estas se combinan con el tratamiento psicoterapéutico que se desarrolla en la sesión clínica. Las prescripciones consisten en determinadas tareas que la persona o pareja deben realizar en privado. En realidad es la combinación de ambos, prescripciones y sesiones clínicas, lo que da solvencia al modelo. Los impulsores de la utilización de prescripciones en el ámbito del tratamiento de las dificultades sexuales fueron Masters y Jonson (Masters y Johnson, 1970), cuyo propósito fue mejorar la comunicación en la pareja. Kaplan las incluye en su propuesta terapéutica aunque su utilización va más allá de la promoción de la comunicación. En realidad, el objetivo del tratamiento consiste en desvelar y resolver las causas inmediatas que mantienen las dificultades sexuales. La prescripción *per se*, no necesariamente tiene un efecto terapéutico. Dependiendo de la consistencia de la dificultad, el papel que desempeña es la aflo-

ración de resistencias. Estas resistencias son realmente el material clínico que el terapeuta debe manejar en el tratamiento psicológico.

Este modelo exige por tanto una sólida formación respecto a los referentes teóricos que permiten comprender la dinámica de las resistencias que las propias prescripciones activan. La terapia sexual opera en el ámbito inmediato de las dificultades sexuales, integradas en el sistema general de pareja, compuesto por dos psicologías individuales. Si la correcta elaboración de la resistencia es suficiente para la resolución razonable de la dificultad, y con ello la evolución del sistema hacia la percepción de satisfacción, la terapia se considera finalizada.

Otros formatos terapéuticos consideran la dificultad sexual como un síntoma de conflictos bien intrapsíquicos, bien relacionales, por tanto orientan sus intervenciones hacia la resolución de estos, no interviniendo directamente en el ámbito de la actividad sexual. Sin embargo la terapia sexual, reconociendo el origen multicausal de las dificultades sexuales centra su objetivo terapéutico en la resolución de las mismas.

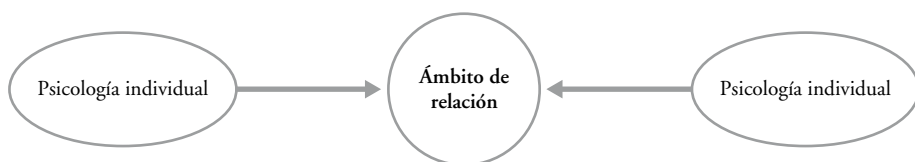


Figura 9.3. Sistema de relación de pareja.

Las dificultades sexuales pueden tener su origen, bien en el conjunto de la psicología individual donde la biografía juega un papel relevante, bien en el ámbito de la relación donde la dinámica de la pareja, sea esta hetero u homosexual, podría explicar su origen. En cualquier caso, ambos sin duda interactúan. El terapeuta tendrá que evaluar el peso específico que cada uno aporta en el conjunto del sistema.

Otro de los objetivos esenciales de la terapia sexual consiste no tanto en la erradicación del síntoma concreto, origen de la demanda, como del incremento de la calidad de las relaciones sexuales y afectivo-emocionales. Desde una perspectiva sistémica la persona o pareja, acude a la consulta con un sistema de relaciones sexuales que es percibido como netamente insatisfactorio. El objetivo de la terapia sexual consiste en utilizar los recursos terapéuticos necesarios para hacer transitar ese sistema de relación sexual percibido como insatisfactorio, hacia una nueva percepción de satisfacción. En este afán, el terapeuta deberá evaluar y diagnosticar las causas que justifican la percepción de insatisfacción y probablemente hallará algunos síntomas concretos que taxonómicamente podemos encuadrarlos en dificultades relacionadas con el deseo, la excitación o el orgasmo, o bien

con otras causas que se sitúan más allá del ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual.

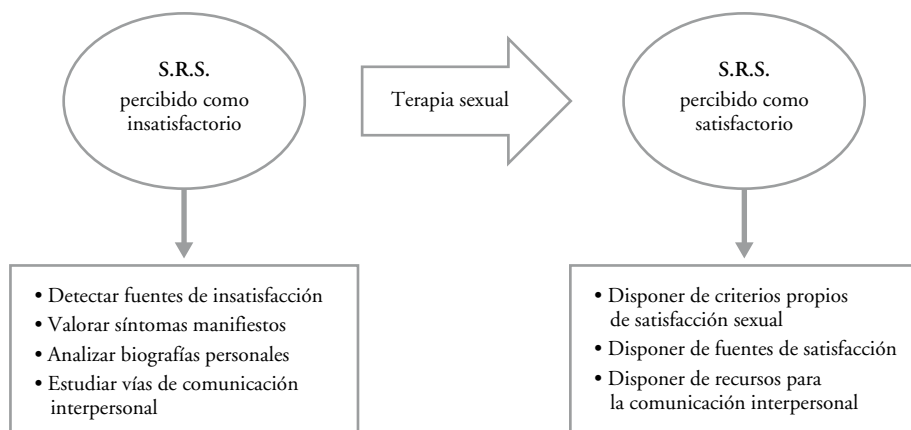


Figura 9.4. Objetivos de la terapia sexual.

El objetivo, por tanto, no se centra exclusivamente en el síntoma concreto, anorgasmia, orgasmo precoz, dificultad de erección o inhibición de la excitación, cuya remisión daría por concluida la terapia, sino en la percepción de satisfacción experimentada por la persona o pareja. Para ello, lógicamente, la remisión de los síntomas es necesaria, puesto que pueden ser obstáculos esenciales para la satisfacción, pero el objetivo va más allá en la medida en que lo que se pretende es que la persona o pareja, lleguen a definir por sí mismas los criterios de satisfacción sexual en base a valores personales y no tanto a valores socialmente inducidos. Es de ese modo como se abre un espacio que hace posible la relativización de los estándares culturales que proponen la «función sexual» y por tanto definen la «disfunción sexual». La inducción cultural de criterios de rendimiento sexual, a través de la incesante comercialización del sexo, ejerce de promotora de insatisfacción sexual en personas particularmente vulnerables, en la medida en que les impide desvelar y priorizar sus propias necesidades, dejándose llevar por valores socialmente impuestos no integrados.

La figura 9.4 sintetiza el objetivo principal de la terapia sexual que consiste en hacer transitar un sistema que es percibido por sus integrantes como sexualmente insatisfactorio hacia una nueva situación de satisfacción. Aun siendo esencial diluir las disfunciones que provocan la insatisfacción, la terapia sexual debe promover la elaboración de criterios propios de satisfacción sexual, redefinir las fuentes de satisfacción y optimizar los recursos de comunicación interpersonal.

Ejercicios de autoevaluación

1. Variantes clínicas de los trastornos del deseo relacionados con su configuración.
2. Variantes clínicas de los trastornos del deseo según su intensidad.
3. ¿Qué diferencia existe entre el deseo sexual hipoactivo del deseo sexual inhibido?
4. Explica los criterios que deben tenerse en cuenta para la valoración clínica de las parafilias.
5. Explica la organización de los trastornos del ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual según el modelo trifásico.
6. ¿La falta de orgasmo vaginal puede ser considerada como una disfunción sexual?
7. ¿Qué es el vaginismo?

Bibliografía

- Adorno, T. W., Frenkel-Brunswik, E., Levinson, D. J., y Stanford, R. N. (1950): *The authoritarian personality*. Nueva York: Harper.
- Ainsworth, M. D. (1991): Attachments and other affectional bonds across the life cycle. En C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde y P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle*. Londres: Routledge.
- (1989): Attachment beyond infancy. *American Psychologist* (44), 709-716.
- (1978): *Patterns of Attachment*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Alario Bataller, S. (1990): *Análisis y modificación de conducta de la homosexualidad*. Barcelona: Herder.
- (1992): *Aproximaciones teóricas a la investigación en homosexualidad*. Valencia: Promolibro.
- Alberoni, F. (1980): *Enamoramiento y amor*. Barcelona: Gedisa.
- Allen, Joseph P. y Land, Deborah J. (1999): Attachment in Adolescence. En J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. Nueva York, NY: The Guilford Press.
- Amezúa, E. (1979): La sexología como ciencia: Esbozo de un enfoque coherente del hecho sexual humano. En LUR (Ed.), *I Semana de Estudios Sexológicos de Euskadi*. San Sebastián: Hordago.
- (1991): Sexología: Cuestión de fondo y forma. La otra cara del sexo. *Revista de Sexología* (49 y 50).
- (1997): Reproducción, placer y sexualidad: Historia de tres ideas y especialmente de la tercera. En J. Gómez Zapiain (Ed.), *Avances en sexología* (p. 11). Bilbao: Euskal Herriko Unibertsitatea.
- (2001): Educación de los sexos. La letra pequeña de la educación sexual. *Revista Española de Sexología* (107-108).
- Annon, J. S. (1974): *Behavioral treatment of sexual problems: Brief Therapy*. (Vol. 1). Nueva York: Harper and Row.
- Arnold, M. B. (1960): *Emotion and personality*. Nueva York: Columbia University Press.
- Bancroft, J. (1988): Sexual desire and the brain. *Sexual and Marital Therapy*, 3 (1), 11-27.
- (1989). El deseo sexual. *Mundo Científico* (96), 1100-1106.

- Bancroft, J. H. (1989): *Human sexuality and its problems*. Edimburgo: Churchill Livingston.
- Bandura, A. (1977): *Social Learning theory* (A. Riviere, Trans.). Eglewood Cliffs: Prentice Hall Inc.
- Barberá, E. (1998): *Psicología del género*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Barlow, D. H. (1986): Causes de sexual dysfunction: The rol of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting y Clinical Psychology*, 54, 140-148.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationship*, 7 (2), 147-178.
- (1997): Adult attachment processes: Individual and couple perspectives. *British Journal of Medical Psychology*, 70 (3), 249-263.
- y Allison, C.J. (2006): An Attachment Perspective on Abusive Dynamica in Intimate Relationships. En M. Mikulincer y G. S. Goodman (Eds.), *Dinamics of romantic love. Attachment, careving and sex*. (pp. 102-127). Nueva York: The Gildford Press.
- y Horowitz, L. (1991): Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-245.
- y Perlman, D. (eds.) (1994): *Attachment processes in adulthood. Advances in personal relationships*. Londres: Jessica Kingsley Publishers, Ltd.
- , Henderson, Antonia y Dutton, Donald. (2001): Insecure Attachment and Insecure Intimate Relationships. En Clulow, Christopher (ed.), *Adult Attachment and Couple Psychotherapy: The 'secure base' in practice and research*. Londres: Brunner Routledge, 43-62.
- Beach, F. A. y Ford, C. S. (1951): *Patterns of sexual behavior*. Nueva York: Harper y Row Publishers.
- Bell, A. (1981): *Sexual preference. Its development in men and women*. Bloomington: Indiana University Press.
- Belsky, Jay. (1999): Modern evolutionary theory and patterns of attachment. En J. Cassidy y P. R. Shaver (eds.) *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 141-161). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Bem, S. L. (1981). Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, 88 (4), 354-364.
- (1974): The measurement of psychological androgyni. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42, 155-162.
- (1975): Sex-rol adaptability: One consequence of psychological androgyni. *Journal of Personality and Social Psicologia* (31), 634-643.
- Bleichmar, H. (2003): Attachment and intimacy in adult relationships. En M. Cortina y M. Marrone (eds.). *Attachment theory and the psychoanalytic process*. Londres: Whurr Publisher, Ltd.
- Borrillo, D. (2001): *Homofobia*. Barcelona: Editions Bellaterra.
- Bowlby, J. (1969): *Attachment and Loss* (Vol. 1). Londres: Hogart Press.
- (1973): *Attachment and Loss* (Vol. 2). Nueva York: Basic.
- (1986): *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Bozman, A. y Beck, J. G. (1991): Covariation of sexual desire and sexual arousal: The effects of anger and anxiety. *Archives of sexual behavior*, 20, 47-61.

- Brecher, E. (1969): *The sex researchers*. Boston: Little, Brown and Company.
- Brofenbrenner, U. (1979): *The ecology of human development*. Londres: Harvard University Press.
- Buss, D. M. (1994): *The evolution of desire. Estrategies of human mating*. Nueva York: Basic Books.
- Byrne, D. (1982): Predicting human sexual behavior. Kraut, A.G.. *The G. Stanley hall lecture series, vol. 2, Washington, D.C.: American Association*.
- (1983): The antecedents, correlates, and consequences of erotophobia-erotofilia. En C. Davis (ed.), *Challenges in sexual science: Current theoretical issues and research advances*. Filadelfia: Society for the Scientific Study of Sex.
- (1986): Introduction: The study of sexual behavior as a multidisciplinary venture. En D. Byrne y K. Kelley (eds.), *Alternative approaches to the study of sexual behavior*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- y Kelley, K. (eds.) (1986): *Alternative approaches to the study of sexual behavior*. Londres: LEA.
- Carrobes, J. A. (1990): *Biología y psicofisiología de la conducta sexual*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- y Sanz Yaque, A. (1991): *Terapia sexual*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Castilla del Pino, C. (1978): *Sexualidad, represión y Lenguaje*. Madrid: Ayuso.
- Chandra, H. S. (1985): Sex determination: a hypothesis based on noncoding DNA. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 82(4), 1165-1169.
- Collins, N. L., Guichard, M. B., y Feeney, B. C. (2006): Responding to need in intimate relationships. Normative processes and individual differences. En M. Mikulincer y G. S. Goodman (eds.), *Dynamics of romantic love: Attachment, caregiving, and sex* (pp. 149-189). Nueva York: Guilford Press.
- Constantinople, A. (1973): Masculinity-femininity: An exception to a famous dictum? *Psychological Bulletin* (80), 389-407.
- Czyba, J. C., Cosnier, J., Girod, C. y Laurent, J. L. (1978): *Ontogénesis de la sexualidad humana*. Eunibar. Editorial Universitaria de Barcelona.
- Davis, Deborah, Shaver, Phillip R. y Vernon, Michael L. (2004): Attachment Style and Subjective Motivations for Sex. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30 (8), 1076-1090.
- Del Valle, T. y Sanz, C. (1991): *Género y sexualidad*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Delamater, J. (1983): An interpersonal and interactional model of contraceptive behavior. En D. Byrne y W. A. Fisher (eds.), *Adolescents, sex and contraception*. Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Erikson, E. (1968): *Identity: Youth and crisis*. Nueva York: Norton.
- Etxebarria, I. (1992): Sentimientos de culpa y problemática del cambio de valores en la mujer. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 45(1), 91- 101.
- (1996): *Proyecto docente, no publicado*. Universidad del País Vasco - Euskal Herriko Unibertsitatea.
- (2006): *Los sentimientos de culpa*. Málaga: Argual.

- Eysenck, H. J. (1976): *Sex and Personality* (A. B. y. E. Ibáñez., Trans.). Londres: Open Books.
- Feeney, Judith A., Peterson, Candida, Gallois, Cynthia y Terry, Deborah J. (2000): Attachment style as a predictor of sexual attitudes and behavior in late adolescence. *Psychology and Health*, 14 (6), 1105-1122.
- Fernández, J. (1988): *Nuevas perspectivas en el desarrollo del sexo y el género*. Madrid: Pirámide.
- (1997): *Género y sociedad*. Madrid: Pirámide.
- (ed.) (2000): *Intervención en los ámbitos de la sexología y la generología*. Madrid: Pirámide.
- Fisher, H. E. (1984): *El contrato sexual: La evolución de la conducta humana*. Barcelona: Argos Vergara.
- (1992): *Anatomy of love. The natural history of monogamy, adultery and divorce*. Nueva York: W. W. Norton y Company.
- , Aron, Arthur, Mashek, Debra, Li, Haifang, y Brown, Lucy L. (2002): Defining the brain systems of lust, romantic attraction, and attachment. *Archives of Sexual Behavior*, 31(5), 413-419.
- Fisher, W. A. (1978): *Affective, attitudinal, and normative determinants of contraceptive behavior among university men.*, Purdue University, West Lafayette.
- , Byrne, D., White, L. A. y Kelley, K. (1988): Erotophobia-Erotophilia as a dimension of personality. *The Journal of Sex Research* (25), 123-151.
- Foucault, M. (1976): *Histoire de la sexualité 1. La volonté de savoir*. París: Editions Gallimard.
- (1976): *Histoire de la sexualité 2. Le souci de soi*. París: Editions Gallimard.
- (1987): *Histoire de la sexualité 3. L'usage des plaisirs*. París: Editions Gallimard.
- Freud, S. (1972): La pulsión y sus destinos. *Obras completas* (Vol. VI). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fuertes, A. (1995): La naturaleza del deseo sexual y sus problemas: Implicaciones terapéuticas. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 33.
- (1997): Avances en el tratamiento de los trastornos del deseo sexual. En J. Gómez Zapiain (Ed.), *Avances en sexología* (pp. 28). Bilbao: Universidad del País Vasco.
- , Soriano, S., y Martínez, J. L. (1995): La sexualidad en la adolescencia. En F. López (Ed.), *Educación sexual en adolescentes y jóvenes*. Madrid: Siglo XXI.
- y López, F. (1997): *Aproximaciones al estudio de la sexualidad*. Salamanca: Amarú.
- Galbraith, G. G. y Wyncoop, R. H. (1976): Latencies of restricted associations to double-entendre sexual words as a function of personality variables. *Psychological Reports*, 43, 1187-1197.
- Geer, J. H., y O'Donohue, W. T. (eds.). (1987): *Theories of human sexuality*. Nueva York: Plenum Press.
- Gómez-Zapiain, J., Ibaceta, P., Muñoz, F. y Pardo, E. (1996): Autoeficacia percibida en relación al comportamiento sexual y contraceptivo de los jóvenes. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 49 (1), 173-183.

- Gómez-Zapiain, J. (1995): El deseo sexual y sus trastornos: Aproximación conceptual y etiológica. *Anuario de sexología*, 1, 45-66.
- (1997): El deseo sexual como emoción. En J. Gómez-Zapiain (ed.), *Avances en sexología* (pp. 21). Bilbao: Universidad del País Vasco.
- (1997): Evolución histórica del conocimiento científico de la respuesta sexual humana. En J. Gómez-Zapiain (ed.), *Avances en sexología* (pp. 20). Bilbao: Universidad del País Vasco.
- y Etxebarria, I. (1993): Sentimiento de culpa, erotofobia y conducta sexual. En D. Paez (ed.), *Salud, expresión y represión social de las emociones*. (pp. 119-148). Valencia: Promolibro.
- (2009): *Apego y sexualidad. Entre el vínculo afectivo y el deseo sexual*. Madrid: Alianza Editorial.
- (ed.) (1997): *Avances en sexología*. Bilbao: Servicios de Publicaciones de la Universidad del País Vasco.
- , Ortiz Barón, M. J., y Gómez Lope, J. (2011): Experiencia sexual, estilos de apego y tipos de cuidados en las relaciones de pareja. *Anales de Psicología*, 27 (2).
- , — y — (2012): Capacidad para aportar y solicitar apoyo emocional en las relaciones de pareja en relación con los perfiles de apego. *Anales de Psicología*, 27 (3).
- (2005): Apego y comportamiento sexual en la adolescencia, en relación con la disposición a asumir riesgos asociados a la experiencia erótica. *Infancia y aprendizaje*, 28 (3), 293-308.
- (2005): Aproximación a los comportamientos sexuales y de riesgo en la adolescencia. En A. S. Rathus, J. S. Nevid y L. Fichner-Rathus (eds.), *Sexualidad Humana* (pp. 289-292). Madrid: Pearson-Prentice Hall.
- González Duro, E. (1976): *Represión sexual, dominación social*. Madrid: Akal.
- Gray, J. A. (1987): *The psychology of fear and stress*. Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.
- Hathaway, S. R., y McKinley, J. C. (1940): A multiphasic personality schedule (Minnesota): I. Construction of the schedule. *Journal of Psychology*, 10, 249-254.
- Hatfield, E., y Rapson, R. L. (1993): Historical and cross-cultural perspectives on passionate love and sexual desire. *Annual Review of Sex Research*, 4, 67-97.
- Hawton, K. (1985): *Sex therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Hazan, C. y Shaver, P. (1987): Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- y Zeifman, D. (1994): Sex and the psychological tether. En K. Bartholomew y D. Perlman (Eds.), *Attachment processes in adulthood. Advances in personal relationships*. Londres: Jessica Kingsley Publishers, Ltd.
- y Diamond, Lisa M. (2000): The place of attachment in human mating. *Review of General Psychology*, 4 (2), 186-204.
- Hensel, D. J., Fortenberry, J. D., O'Sullivan, L. F. y Orr, D. R. (2011): The developmental association of sexual self-concept with sexual behavior among adolescent women. *Journal of Adolescence*, 34 (4), 675-684.

- Katchadourian, H. A. (Ed.) (1979): *Human sexuality. A comparative and developmental perspective*. Berkeley: University of California Press.
- Kaplan, H. S. (1974): *The new sex therapy. Active treatment of sexual dysfunctions*. Nueva York: Brunner and Mazel Publication.
- (1979): *Disorder of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy*. Nueva York: Simon and Schuster.
- (1983): *The evaluation of sex disorder: Psychological and medical aspects*. Nueva York: Brunner / Mazel.
- (1987): *Sexual aversion, sexual phobias, and panic disorder*. Nueva York: Brunner / Mazel, Inc.
- (1987): *The illustrated manual of sex therapy*. Nueva York: Brunner / Mazel.
- Kegel, A. (1952): Sexual functions of the pubococcygeus muscle. *Western Journal of Surgery, Obs. y gynecology*, 60 (521-524).
- Kinsey, A., Pomeroy, W. y Martin, C. E. (1948): *Sexual behavior in the human male*. Filadelfia: W. B. Saunders Company.
- , —, — y Gebhard, P. H. (1953): *Sexual behavior in the human female*. Filadelfia: W. B. Saunders Company.
- Kohlberg, L. (1966): A cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes. En E. Maccoby (ed.), *The development of sex differences*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Kunce, Linda J. y Shaver, Phillip R. (1994): An attachment-theoretical approach to caregiving in romantic relationships. En K. Bartholomew y D. Perlman (eds.), *Attachment processes in adulthood. Advances in personal relationships, Vol. 5* (pp. 205-237). Londres, Inglaterra: Jessica Kingsley Publishers, Ltd.
- Lanas Lecuona, M. (1997): Aproximación epistemológica a la sexología. En J. Gómez Zapiain (ed.), *Avances en sexología* (pp. 12). Bilbao: Euskal Herriko Unibertsitatea.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (1968): *Vocabulaire de la Psychoanalyse*. París: Presses Universitaires de France.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986): *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Leiblum, S. R. y Rosen, C. (eds.) (1989): *Principles and practice of sex therapy. Update for the 1990s*. Nueva York, Londres: The Guilford Press.
- y Rosen, R. C. (eds.) (1988): *Sexual desire disorders*. Nueva York: Guilford Press.
- LeVay, S. (1993): *The Sexual Brain* (E. R. Halfter, Trans.). Londres: The MIT Press.
- y Valente, Sharon M. (2003): *Human sexuality*. Sunderland, MA: Sinauer Associates, Inc.
- Leventhal, H., y Scherer, K. R. (1987): The relationship of emotion to cognition: A functional approach to a semantic controversy. *Cognition and Emotion*, 1, 3-28.
- Levine, S. (1984): An essay on the nature of sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 10, 83-96.
- Levine, S. B. (1987): More on the nature of sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 13 (1), 35-44.
- (1988): Intrapsychic and individual aspects of sexual desire. En S. L. Leiblum y R. C. Rosen (eds.), *Sexual desire disorder* (pp. 21-44). Nueva York: Guilford Press.

- Levine, S. B. (1992): *Sexual live. A clinician's guide*. Nueva York: Plenum press.
- (1997): Some reflections on countertransference: A discussion of Dr. Derek Polonsky's presentation. *Journal of Sex Education and Therapy*, 22(3), 13-17.
- Lief, H. I. (1977): Inhibited sexual desire. *Medical Aspects of Human Sexuality* (7), 94-95.
- López, F. (1984): *Lecciones de sexología. Introducción e historia* (Vol. 1). Salamanca: Facultad de Filosofía y C.C.E.E. Universidad de Salamanca.
- (1986): *Lecciones de sexología I y II.*: Salamanca: P.M.
- (1988): Adquisición y desarrollo de la identidad sexual y del género. En J. Fernández (ed.), *Nuevas perspectivas en el desarrollo del sexo y del género*. Madrid: Pirámide.
- , Del Campo, A., y Guijo, v. (2002): Prepuberal sexuality. *European Journal of Medical Sexology* (42), 49-65.
- y Fuertes, A. (1989): *Para comprender la sexualidad*. Estella, España: Verbo Divino.
- , Etxebarria, I., Fuentes, M. J., y Ortiz, M. J. (eds.) (1999): *Desarrollo afectivo y social*. Madrid: Pirámide.
- Lopiccolo, J. y Friedman, J.M. (1989): Broad-spectrum treatment of low sexual desire: Integration of cognitive, behavioral, and systemic therapy. En S. R. Leiblum y R. C. Rosen (eds.), *Principles and practice of sex therapy: Update for the 1990s*. Nueva York: Guilford Press.
- Mace, D. C., Bannerman, R. H., y Burton, J. (1974): *L'enseignement de la sexualité humaine dans les établissements formant les personnels de santé*. Ginebra: OMS.
- Main, M., Kaplan, N. y Cassidy, J. (1985): Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development* (50), 66-104.
- Malinowski, B. (1929): *Sexual live of savages in north-western Melanesia*. Nueva York: Halcyon House.
- Mandler, G. (1975): *Mind and emotion*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- Marcia, J. E. (1966): Development and validation of ego identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 551-558.
- (1980): Identity in adolescence. En J. Adelson (ed.), *Handbook of adolescent psychology*. Nueva York: Wiley.
- Markham, C. M., Lormand, D., Gloppen, K. M., Peskin, M. F., Flores, B., Low, B. y House, L. D. (2010): Connectedness as a Predictor of Sexual and Reproductive Health Outcomes for Youth. *Journal of Adolescent Health*, 46 (3), S23-S41.
- Marrone, Mario (2001): *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Madrid: Editorial Psimática.
- Martínez Benlloch, I. (1999): Cultura, intersubjetividad y relaciones de género: normalizando mundos. En F. López, I. Etxebarria, M. J. Fuentes y M. J. Ortiz Barón (eds.), *Desarrollo afectivo y social*. Madrid: Pirámide.
- Masters, W., y Johnson, V. (1966): *Human sexual response*. Boston: Little, Brown.
- y — (1970): *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.

- Mead, M. (1935): *Sex and temperament in three primitive societies*. Nueva York: William Morrow and Co.
- (1981): *Sexo y temperamento en las sociedades primitivas*. Barcelona: Laia.
- Merleau-Ponty, M. (1945) : *Phénoménologie de la perception*. París: Editions Gallimard. [ed. cast.: *Fenomenología de la percepción*, Barcelona: Ediciones Península: Barcelona, 1975].
- Metts, S. (2004): First Sexual Involvement in Romantic Relationships: An Empirical Investigation of Communicative Framing, Romantic Beliefs and Attachment Orientation in the Passion Turning Point. En J. H. Harvey, A. Wenzel y S. Sprecher (eds.), *The handbook of sexuality in close relationships* (pp. 135-158). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- , Sprecher, S. y Regan, C. (1998): Communication and sexual desire. En P. A. Andersen y L. K. Guerrero (eds.), *Handbook of communication and emotion*. San Diego: Academic Press.
- Mikulincer, M. y Goodman, Gail S (eds.) (2006): *Dynamics of romantic love: Attachment, caregiving, and sex*. Nueva York: Guilford Press.
- Mischel, W. (1966): A social learning view of sex differences in behavior. En E. Maccoby (ed.), *The development of sex differences*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Money, J. (1986): *Lovemaps: Clinical concepts of sexual/erotic health and pathology, and gender transposition in childhood, adolescence and maturity*. Nueva York: Irvington publishers.
- y Ehrhardt, A. E. (1972): *Man and Woman, Boy and Girl*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Moore, Cynthia W. (1997): *Models of attachment, relationships with parents and sexual behavior in at-risk adolescents.*, Unpublished doctoral dissertation. University of Virginia.
- Mosher, D. y Cross, H. J. (1971): Sex guilt and premarital sexual experiences of college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 36, 27-32.
- (1966): The development and multitrait-multimethod matrix analysis of three measures of three aspects of guilt. *Journal of Consulting psychology* (30), 35-39.
- (1979): The meaning and measurement of guilt. C. E. Izard (ed.) *Emotions in personality and psychopathology*. Nueva York: Plenum Press, 105-129.
- y Vonderheide, S. G. (1985): Contribution of sex guilt and masturbation guilt to women's contraceptive attitudes and use. *The Journal of Sex Research* (21), 24-39.
- Mora, F. (2006): *Los laberintos del placer en el cerebro humano*. Madrid: Alianza Editorial.
- Nieto, J. A. (1989): *Cultura y sociedad en las prácticas sexuales*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- (ed.) (1998): *Transsexualidad, transgenerismo y cultura: antropología, identidad y género*. Madrid: Talasa Ediciones.
- (ed.) (2003): *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural*. Madrid: Talasa.
- O'Beirne, Heather Anne (1999): Individual, peer and family predictors of adolescent sexual experiences: A longitudinal study. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 59 (7-B), 3706.

- Offit, A. (1975): *The sexual self*. Nueva York: J. B. Lippincott Company.
- Ortiz, M. J., Gómez-Zapiain, J. y Apodaka, P. (2002): Apego y satisfacción afectivo sexual en la pareja. *Psicothema*, 14 (2), 469-475.
- y Gómez-Zapiain, J. (1997): Estilos de apego y satisfacción afectivo sexual en la pareja. En J. Gómez Zapiain (ed.), *Avances en sexología* (pp. 35). Bilbao: Euskal Herriko Unibertsitatea.
- Osborne, R. (1993): *La construcción sexual de la realidad*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Palacios, J. (1999): Desarrollo del yo. En F. López, Etxebarria, I., Fuentes, M. J., Ortiz, M. J. (ed.), *Desarrollo afectivo y social*. Madrid: Pirámide.
- Parsons, T., y Bale, R. (1955): *Family, socialization and intraction process*. Nueva York: Free Press.
- Pastor, R. (1988): Asimetría genérica y representaciones del género. En J. Fernández (Ed.), *Género y sociedad*. Madrid: Pirámide.
- Rathus, A. S., Nevid, J. S. y Fichner-Rathus, L. (2002): *Human Sexuality in a World of Diversity* (5.^a ed.). Boston: Pearson Education Company.
- Reeve, J. (1992): *Understanding motivation and emotion*: Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Reich, W. (1974): *La función del orgasmo*. (4.^a ed.) Buenos Aires: Paidós.
- Reiss, I. (1983): Trouble in paradise: The current status of sexual science. En C. M. Davis (Ed.), *Challenges in Sexual Science*. Like Mills: Society for Scientific Study of Sex.
- Rosen, R. C. y Leiblum, S. R. (1995): Hipoactive sexual desire. *The Psychiatric Clinics of North America*, 18 (1), 107-119.
- y Beck, J. G. (1986): Models and measures of sexual response: Psychophysiological assesment of male and female arousal. En D. Byrne y K. Kelley (eds.), *Alternative approaches to the study of sexual behavior*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- y Leiblum, S. R. (1987): Current approaches to the evaluation of sexual desire disorders. *Journal of Sex Research*, 23, 141-162.
- y — (1988): *Patterns of sexual arousal*. Nueva York: The Guilford Press.
- Rosenthal, N. L. y Kobak, R. (2010): Assessing adolescents' attachment hierarchies: Differences across developmental periods and associations with individual adaptation. *Journal of Research on Adolescence*, 20 (3), 678-706.
- Schachter, S., y Singer, J. E. (1962): Cognitive, social, and physiological determinantes of emotional state. *Psychological Review*, 69, 379-399.
- Schiavi, R. C., Schreiner- Engel, P., White, D. y Mandeli, J. (1988): Pituitary-gonadal function during sleep in men with hypoactive sexual desire. *Psychosomatic Medicine*, 50 (3), 304-318.
- Schnarch, D. (1991): *Constructing the sexual crucible. An integration of sexual and marital therapy*. Nueva York: W. W. Norton & Company.
- (1997): *Passionate marriage*. Nueva York: W. W. Norton & Company.
- (2000): Desire problems: A systemic perspective. En S. R. Leiblum (ed.), (2000). *Principles and practice of sex therapy* (3rd ed.) (pp. 17-56). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Schofield, N. (1965): *The sexual behaviour of young people*. Londres: Longman.

- Schover, L., Friedman, J., Weiler, S., Heiman, J. y Lopiccolo, J. (1982): Multiaxial problem-oriented system for sexual disfunctions. *Archives of General Psychiatry* (39), 614-619.
- Semans, J. (1956): Premature ejaculation, a new approach. *Southern Medical Journal*, 49, 353-358.
- Shaver, P. R., Hazan, C. y Bradshaw, D. (1988): Love as attachment: The integration of three behavioral systems. En R. J. Sternberg y M. Barnes (eds.), *The psychology of love* (pp. 68-99). New Haven, CT: Yale University Press.
- y Mikulincer, Mario (2006): A Behavioral Systems Approach to Romantic Love Relationships: Attachment, Caregiving, and Sex. En R. J. Sternberg y K. Weis (eds.), *The new psychology of love* (pp. 35-64). New Haven, CT, Yale University Press..
- Sherfey, M. (1977): *Naturaleza y evolución de la sexualidad femenina*. Barcelona: Barral.
- Simon, W. y Gagnon, J.H. (1987): A sexual scripts approach. En J. H. Geer y W. T. O'Donohue (Eds.), *Theories of human sexuality*. Nueva York: Plenum Press.
- Singer, B. y Toates, F.M. (1987): Sexual motivación. *Journal of Sex Research*, 23 (4), 481-501.
- Soriano, E. S. (1995): Estado actual de la investigación sobre la homofobia. *Estudios de Psicología*, 54, 59-72.
- (1996): *Proceso de desarrollo de la identidad homosexual*. (Tesis doctoral no publicada), Universidad de Salamanca.
- (1995): Toma de conciencia de la orientación homosexual I: Aspectos teóricos. *Cuadernos de Medicina Psicosomática* (32), 26-34.
- Sroufe, L. A. (1996): *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Sternberg, R. J. (1989): *El triángulo del amor. Intimidad, pasión y compromiso*. Barcelona: Paidós.
- y Weis, K. (eds.) (2006): *The new psychology of love*. New Haven, CT, Yale University Press.
- Storms, M. D. (1980): Teorías de la orientación sexual. *Journal of personality and social psychology*., 38 (5), 783-792.
- (1982): Teorías de la orientación sexual. *Sexología* (12).
- Thompson, S. (1975): Gender labels and early sex-role development. *Child development*, 46, 339-347.
- Tracy, Jessica L., Shaver, Phillip R., Albino, Austin W. y Cooper, M. Lynne. (2003): Attachment styles and adolescent sexuality. En P. D. o. P. Florsheim y U. Utah (eds.), *Adolescent romantic relations and sexual behavior: Theory, research, and practical implications* (pp. 137-159). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Udry, J. R., Talbert, L., y Morris, M. (1986): Biosocial foundations for adolescent female sexual behavior. *Demography*, 23 (217-227).
- Vigotsky, L. S. (1978): *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge: Harvard University Press.
- Whipple, B., Ogden, G. y Komiesaruk, B. R. (1992): Physiological correlates of imagery-induced orgasm in Women. *Archives of sexual Behavior*, 21 (2), 121-134.

Índice analítico

- actitud negativa hacia la sexualidad, 39, 42, 49, 203
- actitudes hacia la sexualidad, 21, 30, 42-43, 47n, 191n, 202, 203, 253
- activación,
 - del deseo sexual, 127-128, 132, 134, 142, 149, 160, 201
 - heteroerótica, 131, 154, 161, 195, 202, 277, 290
 - homoerótica, 137, 154-155, 161, 204, 276-277, 290
 - neurofisiológica, 117, 139
- agresiones sexuales, 270-271, 276, 288, 301
- amatoria, 28, 29n
- amor,
 - amigable, 172-173
 - apego, 172, 174
 - fatuo, 172-174
 - formal, 172
 - pasional, 172-173
 - pleno, 172-174
 - romántico, 172-174
- androgenia psicológica, 227
- anhelo (*wish*), 47, 118-120, 127, 131, 200
- ansiedad de ejecución, 247, 296, 299, 302
- appraisal*, 142
- atracción erótica, 134, 161-162, 166-167, 172, 201
- atracción interpersonal, 46, 166, 178
- ausente, 181-182
- autoconcepto, 59, 62, 65, 67-69, 71, 92, 109, 114, 269, 303
- autoerotismo, 111, 129, 160, 201-202, 272
- autoestima, 59, 69, 71, 109-110, 114, 176, 179-180, 201, 204, 222, 225, 227-228, 250, 269, 295, 303
- autorrevelación, 215
- aversión sexual, 277
- base de seguridad, 175-178, 182, 198, 220, 225, 230
- bases biológicas de sexuación, 57, 83, 87-88, 105
- bisexualidad, 84, 153-154
- búsqueda de proximidad, 190, 214-215, 221-222, 227
- calidad de contacto, 198
- capacidad multiorgásmica, 237, 261
- causas inmediatas, 296, 303-305
- causas remotas, 285, 294, 299, 303-305
- cerebro, 17, 82, 95, 116, 121-122, 124-127, 212, 281-282, 302
- ciclo de la respuesta sexual, 234, 236, 240
- ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual, 160, 234-236, 241, 253, 267-268, 270-271, 276, 278, 300, 308
- comportamientos sexuales en la adolescencia, 201
- compromiso, 44, 170-174, 203, 218, 303
- comunalidad, 110-111, 162, 227, 229
- comunalidad (*communality*), 74-75
- concepto de sexualidad, 21, 23-25, 29-30, 32, 34, 55, 78, 88, 108, 158, 187, 227, 267-268
- configuración del deseo erótico, 21, 85, 93, 123, 130, 133-134, 150, 188, 269, 276
- configuración del deseo sexual, 33, 115-163, 199, 204, 287
- criterios de salud sexual, 265-266
- culpa, 37, 43-45, 139, 143, 147, 165, 244, 296, 302
- culpa sexual, 44-45, 47

- deseo
 - erótico, 28-29, 31, 77, 88, 111-113, 115, 117-118, 120-121, 126-129, 137-138, 141, 143, 145-146, 149, 151, 158, 165-168, 173, 187, 192, 195, 199-200, 204, 207-208, 211, 213-214, 217-218, 221-223, 225, 228-230, 251, 253, 262, 267, 269, 271-272, 274-275, 278-279, 289
 - sexual, 25-26, 31, 47, 59, 93, 112, 200-201, 207, 214, 221, 223-224, 226-229, 240-244, 250-252, 270-271, 277-279, 282-283, 286, 303
 - sexual hiperactivo, 129, 271, 276, 278
 - sexual hipoactivo, 240, 271, 276, 278-280
- determinantes anatómo-fisiológicos, 121, 237
- determinantes hormonales del deseo, 124
- diferenciación, 25, 29, 67, 79, 82, 84-87, 90, 105, 189, 195, 212, 269
- diferenciación sexual, 25, 56-57, 61, 64, 78-80, 82-83, 85, 87-89, 91, 106, 108, 187-189
- dimensión sexual-afectivo-social, 133, 190
- dimorfismo, 23, 26-27, 56, 65, 70, 78, 92
- dimorfismo sexual, 25, 33, 65, 103, 212
- disfunción en la erección, 293-294
- dispareunia, 271, 300-301
- diversidad, 26, 28, 33, 56, 59, 70, 76, 79, 105, 108-109, 112-113, 130, 212, 281
- dualidad, 29, 88
- educación sexual, 20, 42, 49, 133, 189, 191-193, 206
- ejercicios de Kegel, 257
- enamoramiento, 139, 165, 168-171, 173, 178-180, 188, 199, 244
- erótica, 17, 20-22, 28-31, 43-45, 47n, 48, 82, 111, 112, 117-120, 125, 128-130, 132-136, 138, 139, 141-143, 146n, 160-163, 165-169, 172, 184, 185, 187, 189, 190, 191, 194, 196, 197-202, 204, 205, 211, 214, 217, 218, 221-228, 230, 231, 242, 244, 245, 247-249, 253, 254, 262, 269, 270, 275-277, 279, 283, 287, 289, 290, 292, 295, 299, 302, 305
- erotismo puberal, 93, 108, 111, 134-135, 188, 200, 207
- erotofilia, 21, 31, 38, 42-43, 45-49, 119, 128, 131, 144-145, 191n, 203, 262
- erotofobia, 21, 31, 42-43, 45-49, 119, 128, 131, 144-145, 191n, 203, 254, 262, 289
- estado del organismo, 121, 127, 138, 144, 166
- estilos de amar, 174, 181-183
- estilos de apego, 174, 177-178, 180-181n, 183, 208, 210, 216-217, 221, 226
- estímulo físico, 243
- estrategias de afrontamiento, 146-147, 150
- estructura de la actitud, 35, 37, 39-40, 50
- evolución de las especies, 23, 25-27, 64, 89, 103, 123, 211-213
- excitación sexual, 128, 139, 201, 234-235, 237, 243-244, 251, 253, 255, 271, 280, 290-291, 294-295, 297
- experiencia emocional subjetiva, 31, 120, 128, 138-139, 142-143, 145-149, 160, 166, 201, 276, 284, 286
- experiencia erótica, 20-21, 28, 30-31, 43, 45, 48, 119-120, 132, 139, 141-142, 166, 169, 172, 198-199, 201-202, 205, 211, 218, 221-222, 224-226, 228, 231, 242, 244-245, 247-248, 270, 287, 290, 302
- expresión emocional, 149, 184
- expresividad, 74-75, 227
- fases
 - de emisión, 254, 260-261, 297, 299
 - de excitación, 237-240, 252-253, 257, 260, 270-271, 293, 298
 - de meseta, 237
 - de orgasmo, 237-239, 260, 263, 271, 298-299
- feminidad, 24, 27, 56, 58, 62-63, 65, 70, 72-75, 104, 110, 159, 162, 227, 269
- figura de apego, 173, 175n-176, 178, 180, 182, 197-198, 214-215, 218-221, 225, 230
- función del orgasmo, 234-235, 248, 262
- género, 59-65, 67-76, 81, 86-87, 89-90, 99, 101-113, 163, 200, 227, 269
- hermafroditismo auténtico, 86, 90
- heteroeroticismo, 153-154, 163
- heterosexismo, 50
- hiperplasia suprarrenal congénita, 86
- homoeeroticismo, 135, 153-154, 163, 286
- homofobia, 35, 38, 51-52, 137n, 151, 157
- homosexualidad, 26, 41, 50-52, 137, 150-152, 154-157, 161, 218, 285
- hormonas sexuales, 124-126

- identidad
 - básica de género, 92, 96-97, 100, 108-110
 - categorial, 66, 68
 - de género, 19, 33, 61-62, 70-72, 83-85, 90-92, 94-97, 118-119, 136-137, 139, 150, 156, 158, 187-189, 195, 199, 204, 250, 267-269, 276, 280, 290
 - de núcleo genérico, 92, 97, 108
 - existencial, 66, 68, 112
 - homosexual, 156
 - sexual, 21, 24, 30, 33, 55-57, 59-61, 65, 68-72, 76, 80, 84, 86-87, 89-92, 95-102, 105-109, 111-113, 137, 150, 156, 158, 187-189, 195, 199, 204, 250, 267-269, 276, 290
- identificación, 71, 87, 98-100, 106-108, 113, 154-155
- imaginario erótico, 129, 134, 136, 166, 277
- impulso (*drive*), 47n, 117-121, 127, 131, 157, 200
- inhibición orgásmica, 298
- instinto, 17, 212
- instinto de antipatía sexual, 151
- instrumentalidad, 74-75, 110-111, 162, 227, 229
- intimidad, 30, 71, 119, 158, 170, 172-174, 179-182, 187-188, 204-205, 215, 217, 221-223
- juegos sexuales infantiles, 193-194
- línea dualista, 258
- línea monista, 256-257
- masculinidad, 24, 27, 56, 58, 62-63, 65, 70, 72-75, 104, 110-111, 159, 162, 227, 269
- masturbación, 40, 132, 134, 151, 155, 195-196, 200-202, 204, 278, 288, 290-291, 297, 302
- masturbación infantil, 195, 201
- mecanismos de defensa, 123, 146-147, 150
- mediadores afectivos, 206
- miedo a la intimidad, 119, 179, 184, 223, 247, 280-281, 285-286, 303
- miedoso, 181-182
- modelo
 - actual o de androginia, 74-75, 110, 235
 - biopsicosocial, 27
 - de congruencia, 73-75, 110, 227
 - de quantum, 224
 - de secuencia de la respuesta sexual, 262
 - del quantum de la respuesta sexual, 242
 - motórico-perceptual, 142
 - trifásico de respuesta sexual, 116, 126, 240, 251, 275, 300
 - interno, 67, 108, 178-180, 182, 197-198, 230
- moral sexual, 31, 44-45, 265, 287
- motivación, 102, 107, 117, 168, 200, 227-228, 254, 279
- motivación sexual, 29, 33, 48, 55, 121-123, 125, 127, 131, 134, 187, 198, 200, 214, 279, 282
- motivo (*motive*), 47n, 119-120, 128, 131, 157, 200
- necesidades,
 - de apego, 219, 222, 225, 228-229
 - del Yo, 227, 229
- neodarwinistas, 137, 140-142, 145, 149
- neurotransmisores, 116, 123, 126
- nivel total de activación, 242-244
- orgasmo,
 - combinado, 258-259
 - retardado, 271, 298
 - uterino, 258-259
 - vulvar, 258-259
- orientación del deseo, 33, 59, 87, 105, 111-113, 135-136, 150-155, 157-163, 167, 188, 202, 226, 276-277, 286-287
- orientación genérica, 162-163
- parafilias, 56, 130, 271, 277, 284-291
- pasión, 170, 172-174, 250
- período de latencia, 188, 190
- plataforma orgásmica, 251-252, 256-260, 293
- potencial erótico, 217, 248-249, 262
- preocupado, 181-182
- procesamiento esquemático, 143
- procesamiento sensoriomotor, 142
- proceso de sexuación, 25-26, 28, 62, 64-65, 75-76, 78, 82-83, 85, 87, 105, 109, 152, 158-160, 187, 199
- procesos psicológicos, 102, 113, 121, 146, 224, 230-231, 243-244, 246-247, 254
- pseudohermafroditismo femenino, 86
- pseudohermafroditismo masculino, 86
- punto G, 259
- regulación emocional, 133, 135, 146-150, 160, 217, 275, 278

- representaciones mentales, 104, 119, 136, 176-178, 230
- reproducción asexual, 23, 25, 27, 56, 61, 64, 78, 211, 213
- reproducción sexual, 23, 25, 55, 78, 140, 145, 212-213
- resolución, 235-236, 263, 265
- respuesta sensible, 175-176
- respuesta sexual humana, 21, 50, 233-235, 242, 247, 250, 253, 256, 262
- rol del espectador, 296
- roles de género, 71-72, 110-112, 227
- rotulación, 60, 86, 90-91
- seguro, 181
- self*, 76, 159
- sentimiento sexual contrario, 151
- sentimientos de culpa sexual, 21, 42-43, 45, 47-49, 119, 128, 148, 191n, 203, 262
- sexismo, 38, 50, 52, 105
- sexo,
 - de crianza, 60-61, 80, 91, 93
 - genético, 78, 81
 - gonadal, 79, 81, 85, 92
 - gonofórico o genital, 64, 79-81, 90-91
 - hipotalámico-hipofisario, 80-81
- sexualidad infantil, 20, 187-191, 195
- síndrome
 - adrenogenital, 86
 - de insensibilidad a andrógenos, 82, 86
 - de KLINEFELTER, 84-85
 - de la Triple X, 84
 - de TURNER (45 X), 84
 - XYX, 84
 - citogenéticos, 78, 83
- sistema
 - cerebral socio-emocional, 208
 - de control cognitivo, 208
 - de cuidados, 173-174, 213, 215-216, 218-220, 225
 - de exploración, 216, 218, 220, 229
 - de pareja, 220, 226, 229-230, 267, 276, 280, 296, 304
 - integrado tipológico funcional, 278
 - sexual, 122-123, 138, 173-174, 209, 214, 217-219, 222, 225, 237, 249, 282
- tendencias autoasertivas, 74-75, 104, 162, 227, 229
- tendencias integrativas, 75, 104, 162, 227, 229
- teoría del apego, 20, 29n, 67, 174-175, 177-178, 180, 182-183, 190, 199, 230, 244, 247, 281, 285
- terapia sexual, 273, 275, 301, 304-307
- tipificaciones sexuales, 90, 98, 102, 107
- tradición judeocristiana, 151
- transexualidad, 26, 59, 89, 152, 269, 271, 290
- trastornos del deseo, 124, 130, 240, 274-275, 278-281, 285
- trastornos de la fase de excitación, 240, 293
- trastornos de la fase de orgasmo, 271
- vaginismo, 271, 301
- vasocongestión, 234, 237, 251-252, 257, 274, 293, 302
- vasodilatación, 234, 251-252, 257, 293-294, 302
- vegetoterapia, 234, 242
- vinculación afectiva, 22, 67, 132, 168, 174-175, 178-179, 187, 195, 197-198, 203-204, 207, 213, 220-221, 224, 229, 244, 249, 280
- zonas erógenas, 190, 234, 292

Índice onomástico

- Adorno, T., 45
Ainsworth, M. D., 175
Alario, S., 154
Alberoni, A., 168
Allen, J. P., 210
Amezúa, E., 17, 19, 24, 28-29, 57, 60, 64
Annon, J. S., 268
Arnold, M. B., 142
- Bakan, D., 72
Bancroft, J., 115, 125, 262, 279
Bannerman, R. H., 266
Barberá, E., 59
Bard, P., 141
Barlow, D. H., 246
Bartholomew, K., 180-181
Beach, F. A., 45, 97
Bebel, A., 72
Beck, J. G., 233, 283
Bell, A., 155
Belsky, J., 205
Belzer, E. G., 266
Bem, S. L., 74, 136
Bleichmar, H., 138
Bloch, I., 18
Borrillo, D., 50-52
Bowlby, J., 67, 138, 180, 207, 214, 224, 226, 285
Bozman, A., 283
Brecher, E., 233, 235
Brofenbrenner, U., 39
Burton, J., 266
Buss, D. M., 141
Byrne, D., 27, 45-47, 49, 262
- Carrobbles, J. A., 27, 79, 253, 258, 261, 268, 273-274, 278
Cassidy, J., 178
Castilla del Pino, C., 24
Collins, N. L., 220
Constantinople, A., 74
Cooper, M. L., 208
Cross, H. J., 44
Czyba, J. C., 79-80, 136
- Damasio, A., 165
Darwin, C., 139, 152
Davis, D., 222, 225
Delamater, J., 203
Del Campo, A., 190-191
Del Valle, T., 111
Dickinson, R. L., 234
- Ehrhardt, A. E., 56, 80, 91, 95, 108, 134, 136, 200, 207
Ellis, H., 18-19, 233-234, 255, 265, 287
Engels, F., 72
Erikson, E., 72, 108, 223
Etxebarria, I., 36, 43, 137, 139, 142, 146-148, 150
Eysenck, H. J., 129
- Feeney, B. C., 210, 220
Fernández, J., 59-63, 78, 91, 114
Fisher, H. E., 45, 47-48, 136
Flores, B., 209
Folkman, S., 147
Ford, C. S., 45, 97
Fortenberry, J. D., 228
Foucault, M., 27, 148, 151
Fox, G. L., 258

- Frenkel-Brunswick, E., 45
 Fuertes, A., 27, 29-32, 121, 128, 133, 138, 166, 168, 171, 276
 Gagnon, J. H., 138
 Galbraith, G. G., 48
 Geer, J. H., 27
 Gómez Lope, J., 177
 Gómez-Zapiain, J., 29, 121, 129, 139, 148, 160, 166, 173, 177, 208, 222, 227, 230, 244, 254
 González Duro, E., 27, 151
 Grafenberg, L. S., 259
 Gray, J. A., 228-229
 Guichard, M. B., 220
 Guijo, V., 190-191
 Hatfield, E., 169
 Hathaway, R., 74
 Hawton, K., 273
 Hazan, C., 180, 182, 221
 Heiman, J., 268
 Hensel, D. J., 228
 Hirschfeld, M., 18-19
 Johnson, V., 19, 116, 223, 233-239, 241, 246, 251, 256-259, 263, 266, 268, 274, 293-294, 296-297, 304-305
 Kaplan, H. S., 19, 116, 121-124, 178, 195, 223, 236, 238-241, 246-247, 250-251, 263, 268, 274-276, 279, 281-285, 293-295, 297, 299-300, 302, 304-305
 Katchadourian, H., 32, 34, 55, 227
 Kegel, A., 257, 300
 Kelley, K., 45, 47, 262
 Kinsey, A., 19, 116, 153-154, 164, 235
 Kobac, R., 209
 Kohlberg, L., 99-100, 108
 Krafft Ebing, R., 152
 Kuncle, L. J., 216
 Lanas, M., 60
 Land, D. J., 210
 Laplanche, J., 147
 Lazarus, R. S., 142-143, 147
 Leiblum, S. R., 116, 121, 160, 241, 241, 246, 250, 279, 280
 Leiblum, S. R., 121, 116, 160, 241-242, 246, 250, 279-280
 LeVay, S., 31, 56, 64, 82-83, 94, 106, 112, 122, 130, 138, 156, 281
 Leventhal, H., 142, 144-145, 164
 Levine, S. B., 47, 117-118, 120-121, 127-129, 131, 136, 146, 157, 164, 200, 241, 250, 275, 288
 Lief, H. I., 116, 240, 250
 López, F., 19-20, 24, 27, 29-32, 34, 59, 62, 68, 76, 88, 96-97, 100, 107-108, 110, 112, 133, 149, 165-166, 168-169, 171, 183, 189-191, 197-198, 210, 262, 266
 LoPiccolo, J., 268, 280, 285
 Low, B., 209
 Mace, D. C., 124, 255, 266
 Main, M., 178
 Malinowsky, B., 97
 Mandeli, J., 280
 Mandler, G., 142
 Marcia, J. E., 68, 112
 Marcuse, M., 18
 Markham, D. J., 209
 Marqués de Sade, 290
 Marrone, M., 177-178, 195, 224, 230-231, 244
 Martin, C. L., 156-157
 Martínez Benlloch, I., 61, 63
 Martínez, I., 59
 Marx, K., 72
 Masters, W., 19, 223, 233-239, 241, 246, 251, 256-259, 263, 268, 274, 294, 296-297, 304-305
 McKinle, J. C., 74
 Mead, M., 97
 Merleau-Ponty, M., 28
 Metts, S., 145-146
 Mikulincer, M., 220
 Mischel, W., 107
 Money, J., 19, 56, 60-61, 80, 86, 90-93, 95, 108, 112, 134-136, 152, 200, 207, 291-292
 Moore, C. W., 205
 Mora, F., 123
 Morris, M., 134, 200, 207
 Mosher, D., 31, 44, 148, 262
 Nieto, J. A., 151
 O'Beirne, H. A., 205
 O'Donohue, W. T., 27

- Offit, A., 195, 224
 Ortiz Barón, M. J., 177, 222
 Osborne, R., 24
 O'Sullivan, L. F., 228
- Palacios, J., 66-69
 Parsons, T., 72
 Pastor, R., 103
 Perry, J. D., 259, 261
 Peskin, M. F., 209
 Peterson, C., 210
 Piaget, J., 67, 99-100
 Pontalis, J. B., 147
- Rapson, L., 169
 Reeve, J., 36, 137
 Regan, C., 146
 Reich, W., 18, 234, 242, 248-249, 262
 Reiss, H. T., 27
 Rosen, C., 275
 Rosen, R. C., 116, 121, 160, 241-242, 246, 250, 279-280
 Rosenthal, N. L., 209
 Roubaud, F., 233
- Sandler, J., 177
 Schachter, S., 142
 Scherer, K., 142, 144-145, 164
 Schiavi, R. C., 280
 Schnarch, D., 120-121, 129, 146, 195, 217, 224, 230, 240, 242-244, 246, 248-250, 253, 262-263
 Schofield, M., 202
 Schover, L., 268
 Schreiner, P., 280
- Shaver, P., 180, 182, 208, 219-220, 222, 225
 Simon, W., 138
 Singer, B., 121, 127, 138-139, 142, 144, 166
 Smith, C. A., 134
 Sprecher, S., 146
 Sroufe, L. A., 231
 Steinberg, L., 208-209
 Sternberg, R. J., 170, 172-174, 185
 Storms, M. D., 153-154, 164
- Talbert, L., 134, 200, 207
 Terry, D. J., 210
 Thompson, S., 91, 96, 100
 Toates, F. M., 121, 127, 138-139, 144, 166
 Tracy, J. L., 205, 208
- Udry, J. R., 134, 200, 207
- Valente, S. M., 56, 106
 Van de Velde, T. H., 234, 255
 Vonderheide, S. G., 44
 Von Sacher-Masoch, L., 290
 Vygotski, L. S., 67
- Wallon, H., 67
 Weiler, S., 268
 Weis, K., 172, 173, 219, 318
 Whipple, B., 259, 261
 White, L. A., 45, 47
 White, D., 280
 Wolpe, J., 268
 Wu, S., 125
- Zajonc, R., 142-143
 Zeifman, D., 221

