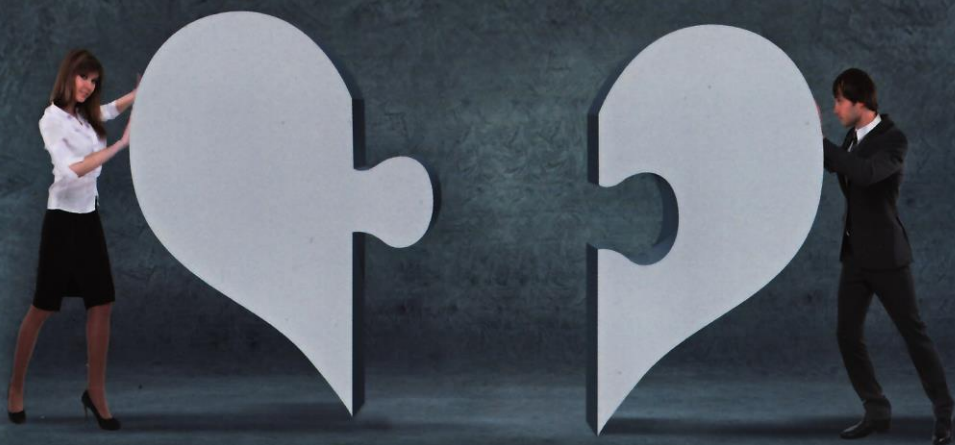


Alejandra Godoy / Antonio Godoy

TE
AMO
PERO
NO
TE
DESEO



TE AMO, PERO NO TE DESEO

ALEJANDRA GODOY
ANTONIO GODOY

TE AMO,
PERO NO TE DESEO

Una epidemia del siglo XXI

Grijalbo

Tè amo, pero no te deseo

Primera edición: noviembre de 2013

© 2012, Alejandra Godoy, Antonio Godoy

© 2013, Random House Mondadori

Merced 280, piso 6, Santiago de Chile

Teléfono: 2782 8200 / Fax: 2782 8210

E-mail: editorial@rhm.cl

www.megustaleer.cl

Esta publicación no puede ser reproducida, ni en todo ni en parte, ni registrada en, o transmitida por, un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin permiso previo por escrito de la editorial.

Printed in Chile – Impreso en Chile

ISBN: 978-956-258-394-7

Registro de Propiedad Intelectual: 234.105

Diagramación interior y diseño de portada: Amalia Ruiz Jeria

Impreso por CyC Impresores Ltda.

A una historiadora y escritora que me introdujo en el fascinante mundo de los libros y de los desafíos intelectuales: mi madre, quien nos dejó hace casi ocho años.

A mi compañero de toda la vida, incondicional de todas mis aventuras profesionales, quien con su mente de ingeniero es el complemento perfecto de todas mis deficiencias

ALEJANDRA GODOY HAEBERLE

A ti, Andrea, gracias por ser cómplice en esta aventura de ser los dos, por tus palabras de aliento y el amor que me has dado en estos años.

A mis amadas hijas Amaia y Aitana, por ser la inspiración para tratar de ser cada vez un poco mejor.

A mi madre, quien me legó la premisa vital de que el esfuerzo y la perseverancia son la matriz de un buen trabajo

ANTONIO GODOY DELARD

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	15
PRIMERA PARTE	
LA PAREJA EN LA SOCIEDAD POSMODERNA	21
Capítulo I	
¿Cómo ha cambiado la sociedad en los últimos años? ..	23
En plena era del hedonismo	25
Capítulo II	
La transformación de Adán y Eva	33
¿Nuevos roles de género?	36
Las mujeres en búsqueda de su autonomía	38
¿Mujeres independientes percibidas como fálicas?	43
La nueva masculinidad: ¿los machos en retirada?	46
¡Mi mujer ya no me necesita!: ¿adiós al patriarcado? ...	54
Capítulo III	
La sexualidad en la era de la igualdad	60
La nueva sexualidad de Adán y Eva	60
Los nuevos roles sexuales	64
¿Será que a la sexualidad posmoderna le hace falta pasión?	67

¿Qué papel cumplen los mitos en las actuales problemáticas sexuales?	70
La mitología versus la experiencia cotidiana	72

Capítulo IV

¿Cuál es el rol del sexo en la pareja actual?	78
Problemas sexuales y separación: ¿qué es primero, el huevo o la gallina?	78
¿Qué entendemos como inteligencia sexual?	85
¿Cuáles son los beneficios de una sexualidad frecuente y satisfactoria?	88
¿Qué efectos positivos se observan en nuestro funcionamiento neurohormonal?	91
¿Existen consecuencias asociadas a la falta de actividad sexual?	96

SEGUNDA PARTE

LOS MISTERIOS DEL DESEO SEXUAL HUMANO . . . 99

Capítulo V

¿Qué es el deseo sexual?	101
¿Cómo funciona nuestro deseo sexual?	101
Fases de la Respuesta Sexual Humana (RSH)	103
Sistema Motivacional de lo Erótico (SISME)	105

Capítulo VI

Deseo sexual y normalidad	111
¿Cómo saber si mi sexualidad es normal?	112
¿Cómo saber si mi deseo sexual es normal?	115
¿Es normal nuestra frecuencia de relaciones sexuales?	116
¿Todos tenemos el mismo grado de deseo sexual?	120
¿Es mi deseo sexual muy bajo o el de mi pareja es muy alto?	121
Lo que estoy viviendo, ¿es una queja, una dificultad, un conflicto o una patología?	126

TERCERA PARTE

¿QUÉ ES EL DESEO SEXUAL HIPOACTIVO? 131

Capítulo VII

El Deseo Sexual Hipoactivo

Una breve comprensión de las disfunciones

y los trastornos sexuales 133

¿Qué es una disfunción sexual? 135

Un poco de historia acerca del Deseo Sexual

Hipoactivo 140

Criterios diagnósticos del Deseo Sexual Hipoactivo ... 142

¿Puedo confiar en lo que me digan los expertos? 144

¿Será esto, lo otro o ambos? 147

¿No tengo deseo y/o no funciono bien? 149

¿Tengo una aversión al sexo? 151

Capítulo VIII

¿Una epidemia sexual en el siglo XXI? 153

¿Han aumentado o disminuido los problemas

sexuales en los últimos años? 153

¿Tienen los hombres de hoy menos deseo sexual

que las mujeres? 158

Inapetencia sexual diádica y los llamados

matrimonios sin-sexo 160

Capítulo IX

¿Son iguales todos los casos de inapetencia sexual? 162

Tipos primarios o de toda la vida 165

Tipos secundarios o adquiridos 166

Pierdo el deseo solo con ciertas mujeres: casos

categoriales y relacionales 168

Capítulo X

Cuando la inapetencia sexual por la pareja se

confunde con otras problemáticas 172

Disritmias y discronexias 173

El deseo que disminuye con el paso del tiempo	175
La maternidad y la pérdida de ganas	177
Las adicciones	178
Aventuras e infidelidades	179
Variación del objeto o identidad sexual	182
La asexualidad	182
El miedo al amor	183
La disociación amor-sexo	185
El fenómeno de la prostitución	187
El complejo de Agar y Sara y el síndrome de la <i>Donna</i> e la <i>Puttana</i>	188
La adicción al enamoramiento	188
El miedo a la intimidad emocional	189
Miedo al compromiso	192

CUARTA PARTE

LA BIOLOGÍA DE LA SEXUALIDAD Y DEL AMOR . . . 193

Capítulo XI

Biología, amor y deseo	195
¿De dónde proviene el deseo sexual?: la motivación sexual	197
Deseo sexual como instinto: la Teoría Evolutiva	199
Deseo sexual como impulso: las teorías homeostáticas	201
Deseo sexual como experiencia emocional	204
Emociones como sensaciones: teorías fisiologistas	205
Las emociones como procesos neurológicos: teoría talámica-cognitiva	206
Las emociones como asociación entre cuerpo y mente: teorías de interacción y atribución	207

Capítulo XII

Una breve mirada a nuestro principal órgano erótico: el cerebro	213
¿Cómo funciona nuestro cerebro sexual?	216

Los mensajeros químicos de nuestra apetencia sexual . .	217
Diferencias en el funcionamiento sexual de hombres y mujeres	220
La regulación de las emociones	225
Diferencias en el área sexual	226
Diferencias en el nivel de deseo sexual entre hombres y mujeres	228
Otras diferencias del deseo sexual	232
Deseo sexual espontáneo y deseo sexual receptivo	233
El curso del deseo sexual	236
 Capítulo XIII	
El sexo con amor	238
La intrincada relación entre sexo y amor	239
El «cerebro del amor»	245
Deseo versus excitación sexual	248
 Capítulo XIV	
Deseo sexual como motivación y el rol del estrés emocional	250
Emoción y motivación	251
El estrés y el deseo sexual	254
El estrés como señal de alarma	258
Las emociones y su efecto en la sexualidad	260
Las emociones y su especificidad	262
Las emociones negativas	263
 Capítulo XV	
La mirada del cambio desde la neurociencia	271
Factores de predisposición, desencadenantes y mantenedores	274
Factores de predisposición	275
Factores desencadenantes	275
Factores mantenedores	276

DSH como fenómeno psicosomático	278
Disfunción del deseo sexual selectivo	279
La plasticidad del cerebro	284
Plasticidad sexual y plasticidad cultural	285
El sistema de recompensa cerebral	287
EPÍLOGO	
UN LARGO CAMINO POR RECORRER	293
NOTAS	307
BIBLIOGRAFÍA	323
AGRADECIMIENTOS	343

INTRODUCCIÓN

Hablar de sexualidad humana es hablar de
la esencia misma del ser humano.

MAURICE MERLEAU PONTY

«No sé cómo llegamos a esto», repite él.

Juan y Ana nos cuentan su historia con angustia y pena. Él tiene 32 años y ella 29. Llevan cinco años de relación; dos de pololeo, tres de casados y no tienen hijos. Ambos son profesionales, con trabajos no estresantes y que los motivan, con horarios equilibrados, con una situación económica envidiable, según sus propias palabras. En general, no tienen desacuerdos en lo cotidiano y ambos concuerdan en que la forma en que han organizado los deberes del hogar es equitativa. ¿Qué les está pasando a Juan y Ana? A primera vista, todo parece estar muy bien en sus vidas. Se proyectan a futuro juntos y ambos creen que el matrimonio es para toda la vida. Dicen tener una muy buena comunicación, llevarse muy bien, casi no pelean porque Juan prefiere evitar los conflictos si ella lo critica por algo y, prácticamente, no tienen ningún otro problema. Excepto en un tema: hace casi tres años que

apenas tienen relaciones sexuales, salvo en un corto período entremedio. Por más que ambos se han expresado, muchas veces, el profundo amor que sienten el uno por el otro, esta vez con el amor parece no bastar. Ambos confiesan sentirse desconcertados y sin haber sido capaces de encontrar una salida. Cuentan que, durante el pololeo, hacían el amor casi todos los días; pero, en algún momento todo cambió. Sin embargo, se siguen prodigando cariño, se besan, caminan de la mano y se duermen abrazados, mas aquella pasión que caracterizó los inicios de la relación simplemente desapareció de sus vidas, aunque Juan sí tiene erecciones y se masturba. Recuerdan que, durante ese año en que estuvieron de novios y preparaban su fiesta de matrimonio, Juan fue dejando paulatinamente de tomar la iniciativa sexual y evitaba estar a solas con ella. Él reconoce que, después de casados, se puso mucho más pasivo y, si ella no lo buscaba, no pasaba nada. Luego, comenzó a resistir los avances sexuales de Ana con distintas excusas. En una ocasión, Ana, al no poder soportar «tantos rechazos», le pidió que se fuera del departamento, lo que él —aunque muy angustiado— terminó aceptando. Durante ese período de separación, él la extrañó mucho y, al poco tiempo, comenzó nuevamente a desearla apasionadamente como al inicio. La buscó y se vieron en moteles, en el nuevo departamento de él... Muy sorprendidos, revivieron aquella sexualidad que creían haber perdido definitivamente. Como volvieron a ilusionarse, él retornó al hogar; pero, en sus propias palabras, la vida se encargó de mostrarles que no era tan simple. Después de unos meses, nuevamente él perdió el deseo, situación que, esta vez, ella fue asumiendo resignadamente, aunque sin entender que él siendo hombre no tenga ganas de sexo y duda si realmente la ama como dice. Juan se siente muy confundido

porque nunca le había pasado esto con ninguna de sus parejas anteriores y tiene mucho miedo de perder a Ana porque sabe que para ella el sexo es muy importante.

En ese momento de su historia, Juan se emociona y vuelve a decir: «No sé cómo llegamos a esto». Les preguntamos por qué consultan ahora, después de casi tres años, ante lo que sonríen culposamente y nos cuentan: «Es que queremos tener un hijo».

La historia de Juan y Ana es similar a muchas de las que hemos escuchado en nuestra consulta en los últimos años. Cuando nos llegaron los primeros de estos casos —a comienzos de la década pasada—, muy extrañados comenzamos a buscar información y, para nuestra sorpresa, casi no encontramos material respecto de hombres que hubiesen perdido su deseo sexual. Peor aún, en aquellos casos en que este síntoma aparecía únicamente con la mujer que amaban y no con otras, no pudimos hallar ninguna fuente bibliográfica. En sexología, la disminución general de la apetencia sexual constituye una disfunción que se conoce técnicamente como Deseo Sexual Hipoactivo (DSH); y nosotros acuñamos el nombre de DSH selectivo-relacional (DSHsr) para referirnos a aquellos hombres jóvenes que no sentían las ganas de hacerle el amor a su pareja, ya que ellos no cumplían con los criterios diagnósticos establecidos, puesto que sí tenían fantasías sexuales y se masturbaban regularmente. Desde ese entonces, hemos emprendido un estudio y una reflexión que no ha cesado hasta hoy. Primero, fue una pesquisa de libros y artículos que estuviesen dedicados a este tema. Pero, literalmente, no hallamos mucho. Sí se había publicado bastante sobre DSH en mujeres y algo en hombres mayores; pero los casos de DSHsr brillaban por su ausencia en la literatura científica de esos años.

Sin embargo, lo que sí encontramos fueron algunos reportajes de difusión en diarios y revistas de distintos países. Allí se publicaban resultados estadísticos de encuestas al público y se entrevistaban a algunos profesionales que también habían recibido en sus consultas casos similares. Entonces decidimos aprovechar internet (blogs, redes sociales) procurando que los propios afectados nos contaran lo que les estaba pasando. Tímidamente comenzaron a llegarnos, primero, algunos comentarios de mujeres que estaban muy amargadas porque su pareja no la deseaba, creyendo que ya nos las amaban. Posteriormente, algunos hombres —siempre con cuenta gotas— se atrevieron a confesar su falta de deseo, la angustia que estaban padeciendo por ello y cómo se habían ido deteriorando, por esta causa, sus relaciones de pareja.

En el intertanto, muy paulatina y esporádicamente, comenzaron a aparecer los primeros artículos en que la comunidad científica analizaba este tema. Por otro lado, gracias a la labor de difusión que efectúan los periodistas, esta problemática también fue haciéndose cada vez más conocida por el público en general. Con los datos obtenidos gracias a internet y ya con la experiencia de haber tratado numerosos casos, más el escaso material escrito que habíamos podido reunir en esos años, publicamos un artículo en una revista internacional digital especializada en psicoterapia¹ y abrimos un blog al que le pusimos el nombre «Hablemos de pareja y sexualidad»².

A partir de ese momento, las consultas vía web comenzaron a ser cada vez más numerosas, proviniendo de países muy diversos, lo cual nos estaba indicando que el fenómeno era global, al menos en Occidente, y que nuestra sociedad no estaba siendo capaz de responder adecuadamente a esta nueva disfunción sexual. Fue entonces cuando empezó a germinar en nosotros la idea de escribir un libro, donde pudiésemos transmitir lo que habíamos observado después de haber

atendido terapéuticamente a más de un centenar de casos y de haber recibido —vía redes sociales— innumerables historias de parejas afectadas. Confusión, angustia, frustración, vergüenza, inseguridad, estrés, tristeza, amargura y desesperanza son algunas de las palabras que se repiten con mayor frecuencia cuando les pedimos a nuestros pacientes que describan cómo se sienten. Ello nos fue convenciendo de la necesidad de intentar construir un marco teórico-clínico integral para su comprensión. Cuando comenzamos a estudiar esta disfunción, no había historicidad ni palabras para entender frases como «te amo, pero no te deseo». En el fondo queríamos investigar por qué —justo ahora, cuando estábamos empezando el siglo XXI— habían surgido como de la nada estos casos de DSHsr. Nuestras principales interrogantes fueron: ¿por qué empezó a disminuir el deseo en los hombres?, ¿por qué en los más jóvenes?, ¿por qué solo en los que están enamorados?, ¿por qué en algunos sí y en otros no y por qué justo ahora, en este período histórico? Es decir, intentamos comprender cuáles eran las dimensiones individuales psicológicas y biológicas de esta problemática, cuáles las de pareja y cuáles las culturales.

Estimamos que, para una real comprensión de lo que les sucede a estas parejas, no basta con un simple enfoque psicosexual. Sin pretender, por supuesto, más que una primera exploración, nos parece que —fuera de la sexología y la psicología clínica— habría que examinar algunos aspectos de índole filosófica, clínico-diferencial, neurofisiológica e incorporar un análisis especial de los recientes cambios socioculturales en el área de la interacción hombre-mujer.

Como ustedes supondrán, esta disfunción acarrea muchas consecuencias para los afectados. En efecto, la inapetencia sexual no perturba únicamente nuestra vida sexual sino que también el estado anímico, la autoestima, la vitalidad y, por supuesto, nuestra relación de pareja. Ello porque, fuera de su

obvia función reproductiva, el contacto sexual nos da tanto afecto como placer, nos conocemos de una manera lúdica y vivimos una intimidad emocional que va mucho más allá del simple acto de desnudarse delante de otro ser humano. Entonces, si dicho contacto se torna muy esporádico, paulatinamente va a ir disminuyendo la sensación de cercanía, complicidad y confianza, bases fundamentales de cualquier interacción humana que pretenda ser enriquecedora y profunda. Pero además nos resta de la posibilidad de poder usufructuar de los beneficios para la salud física que se encuentran correlacionados con una sexualidad regular y satisfactoria con otra persona.

Por medio de este libro pretendemos difundir los frutos de nuestra investigación y experiencia con personas de ambos sexos aquejadas de distintos tipos de DSH, aunque nos centraremos principalmente en el DSHsr masculino. Les mencionaremos brevemente cómo lo estamos enfrentando en terapia, todo ello con el fin de informarles y aportar en vuestro proceso de superación. Pero nuestro principal objetivo es tranquilizar a las parejas afectadas por este síntoma, y darles la esperanza de que su problema efectivamente tiene solución. En esto queremos ser muy enfáticos, ya que si bien el DSH es una disfunción muy compleja que implica intervenciones tanto en el área sexual como en el ámbito de la relación de pareja, sí se puede superar si ambos involucrados —ella y él— presentan un alto nivel de motivación, si ambos quieren solucionarlo participando activamente juntos durante todo el proceso de la terapia.

PRIMERA PARTE
LA PAREJA EN LA SOCIEDAD POSMODERNA

CAPÍTULO I

¿Cómo ha cambiado la sociedad en los últimos años?

Las sociedades deben juzgarse por su capacidad para hacer que la gente sea feliz.

ALEXIS DE TOCQUEVILLE

Las pasadas décadas hemos sido testigos de un aumento notorio en los problemas de deseo sexual. Pero si antes era la mujer la que solía evadir el sexo, hoy es el hombre el que lo rechaza sin dar muchas explicaciones. Es más, las patologías o disfunciones sexuales masculinas se han acrecentado en general.

En el pasado, los hombres solían vanagloriarse de sus proezas sexuales y lucían, a diestra y siniestra, sus supuestas conquistas. Muchos se presentaban como bendecidos por el dios Eros, esa divinidad responsable de la atracción sexual y del amor. En todo caso, no parecía importarles demasiado el goce de sus parejas. Si ella no había disfrutado, se convencían de que el inconveniente no era suyo. «A todas las demás las he dejado locas», era común escuchar en las conversaciones con sus congéneres. Aparentemente ignoraban que ni la cantidad de coitos ni el tamaño del órgano eran necesariamente relevantes cuando se está en pareja.

Los hombres actuales, en cambio, ya casi no hablan de sexo ni de sus conquistas. Ellos, más bien, temen no estar a la altura, les da pavor fallar. No falta, claro, el que durante un asado se luce dando rienda suelta a la narración de sus hazañas sexuales tras su separación. O el eterno soltero que cuenta sus peripecias creyendo ser la envidia de los otros. Pero lo más frecuente es que los hombres de hoy opten por el silencio. Un silencio que muchas veces no hace más que esconder el miedo a no cumplir las expectativas sexuales, aquellas fijadas precisamente por los hombres de antaño.

Quizás a esto se debe que, cada vez más a menudo, el hombre le «advierta» a su pareja que él no es ningún semental ni un atleta del sexo, disculpándose de antemano por una posible *performance* deficiente en la cama. Cuando estima que su rendimiento no ha sido «bueno», suele pensar: «Seguro que ella ha tenido mejores parejas sexuales que yo». Y además parece que estos hombres del presente no se detienen a preguntarse cuáles de todas esas proezas sexuales, que tradicionalmente se le atribuían a su género, eran ciertas y cuáles solo un mito.

Por otro lado, las mujeres también han cambiado. Si para ellas antes el sexo era tabú y apenas lo mencionaban, actualmente hablan bastante al respecto y a viva voz, sea con amigas, colegas e incluso con sus padres. Pero, a diferencia del hombre, la mujer no pretende vanagloriarse de sus dotes amoratorias, sino que muchas se centran en enjuiciar los «defectos» del hombre en la cama. Así, algunas cuentan sus experiencias sexuales con un hombre diciendo que «fue muy torpe», «no me supo tocar», «me incomoda» o, derechamente, «no se la pudo». O incluso otras comentan que su marido es «fome y poco apasionado», tal vez añorando a ese hombre bruto del pasado.

Hoy, sin lugar a dudas, falta comprender que la pareja, en relación con su sexualidad, necesita tiempo y paciencia para llegar a su propia «normalidad». Hablamos de una normalidad

entre comillas, ya que las parejas suelen ir construyendo su propia idea de lo que es normal, tal como comentaremos más adelante.

Como punto de partida, la cultura posmoderna ha influido de manera tal sobre las relaciones de pareja que los roles tradicionales que hombres y mujeres desempeñábamos en otra época han ido modificándose, permitiendo la aparición de nuevas conductas, en las cuales las mujeres aparecen como seres empoderados y los hombres como seres confundidos.

En la sociedad actual, el Adán y la Eva originales han cambiado, y con ello también se ha modificado la manera de relacionarnos como pareja. Pero ¿qué nos pasó que llegamos a esto?

En plena era del hedonismo

Nuestra sociedad ha llegado a un momento en que ya no adora al becerro de oro, sino al oro del becerro.

ANTONIO GALA

En los inicios del siglo xx, durante el período del modernismo, prevalecían los grandes relatos, las verdades universales, la fe en el progreso, las innovaciones culturales y artísticas de vanguardia. Este fue el período en el que vivió Rafael Godoy, nuestro abuelo.

Rafael nació en el año 1900, en plena cultura moderna, cuando ya estaba consolidada la sociedad industrial y la economía de producción. La diversidad cultural de antaño fue progresivamente uniformándose y homogeneizándose¹. Lo agrario fue dando paso a lo urbano, lo comunitario a la sociedad de masas. Y todo esto siempre bajo la supremacía de la búsqueda de la verdad objetiva y de la razón, el grial

del siglo xx y pilar fundamental sobre el cual se fundaron las instituciones².

Pero luego, a medida que pasaban los años, se sucedieron una serie de fenómenos demográficos, sociales, culturales, económicos y científicos que jugaron un rol fundamental en la concepción de la vida. Y fueron tantas las mutaciones y a tal velocidad que hoy vivimos una existencia muy distinta a la de aquellos nacidos una generación atrás.

Dentro de los cambios más destacados, tenemos aquellos que nos heredaron los convulsionados años sesenta, etapa decisiva gracias al descubrimiento de la píldora anticonceptiva, el ingreso masivo de la mujer a la fuerza laboral, el movimiento hippie y su pregón de hacer el amor y no la guerra.

Fue una época de transformación cultural que inevitablemente afectó también a la relación de pareja. Uno tras otro fueron derribándose los modos y usos de las relaciones entre las personas que se conocían hasta ese momento. Y es más: no nos cabe duda de que el mundo actual sería por completo incomprensible para nuestro abuelo. Los fenómenos de internet, Google y redes sociales; la cultura *light*, entre otros, harían temblar sus cimientos. Pero lo que derrumbaría el piso sobre el cual nuestro abuelo caminaba sería la forma igualitaria en que hombres y mujeres se relacionan hoy. Con su proverbial machismo —suponemos que en un afán de sobreprotección—, Rafael Godoy, por ejemplo, no le permitió a Laura, nuestra abuela, aprender a manejar un auto ni hacer cheques.

Las nuevas generaciones han ido desacralizando el camino marcado por siglos (religioso, monárquico, político, etcétera), de manera que la cultura general en la que se mueve la humanidad es más libre e informal, menos autoritaria y rígida, y más proclive al choque o al rechazo ante las normas prescritas.

Hoy, los conceptos mismos de verdad, bien y justicia pueden y son sometidos a cuestionamiento. Por esto, no es de

extrañar que la percepción del individuo y de la pareja —ante la ausencia de normas y valores establecidos— se encuentre divagando en un inconformismo, en una tierra de nadie, cambiando los interrogantes principales de antaño por preguntas más individualistas, como por ejemplo: ¿qué debo esperar? o ¿cuáles son mis límites? Las nuevas generaciones ya no ven la libertad como un anhelo lejano, sino que la persiguen con afán día a día. Existe un claro rechazo de los «grandes discursos», porque hoy se discute todo.

Esta pérdida de la autoridad nos ha dejado entonces frente a un sinfín de alternativas, generando desorientación y acunando sentimientos de confusión, desesperanza y pérdida, al dejar atrás esa seguridad que antes nos entregaban las instituciones y las verdades sagradas. El individuo está cada vez más al centro de su propia vida.

Solo vale el aquí y el ahora. Lo inmediato nos conforma, en cuanto ser, cargándose como un valor en sí mismo, llevándonos a desechar lo viejo y sobrevalorando lo «novedoso», al punto de transformar hasta los vínculos afectivos en objetos desechables.

Y en un lugar donde nada destaca, salvo el propio ser en cuanto individuo, el derredor se convierte en un entorno en extremo gris, sin definición alguna, dificultando la comprensión y la resolución de los conflictos. Es una zona donde nadamos casi ciegos, intentando dar diferentes matices de gris al gris, deviniendo en una creciente relatividad, hasta lo absoluto, siendo los más afectados las normas y los valores.

Al enfrentarnos, pues, a un sinnúmero de alternativas desde una tolerancia ilimitada, nada nos genera culpa, nada es tabú ni escandaliza, nada es mejor o peor, bueno o malo. Y ante la ausencia de parámetros, todo es válido, destacando unas opciones por sobre otras solo por un aspecto cuantitativo, por una opinión mayoritaria o consensual. En palabras de Jessica

Benjamin, Narciso ha sustituido a Edipo como mito representativo de la sociedad posmoderna; porque mientras Edipo representaba la responsabilidad y la culpa, Narciso representa la preocupación por uno mismo y la negación de la realidad³.

Así, y parafraseando a Freud, la autora agrega que «el malestar actual de la cultura no es padecer demasiada culpa, sino demasiado poca». Ya que, paradójicamente, debido a la excesiva tolerancia actual ante la sexualidad, nuestra frustración ya no es sexual, como en los tiempos del padre del psicoanálisis, sino existencial. Es decir, de sentido, pues no todo el mundo es capaz de encontrar respuestas propias tras la derrota de las ideologías de la edad premoderna. O, como dice Sergio Bruno, nos encontramos ante una soberbia antropocéntrica revestida con términos elegantes, tales como individuación e independencia, donde las posiciones son inestables y acomodaticias⁴.

¿En qué pie nos dejan parados todos estos cambios? En el de la precariedad, la vulnerabilidad y la inestabilidad, para usar los términos del filósofo y sociólogo Zygmunt Bauman. Y sobre estas bases es desde donde las nuevas parejas han ido formando sus caminos, por lo que no es de extrañar que nuevos fenómenos y patologías hayan aparecido y sigan apareciendo con el correr de los años.

Antes, el «sujeto» solía ser caracterizado primordialmente, como dice el profesor y epistemólogo Carlos Pérez, como un adulto, padre de familia, ciudadano, protector, emprendedor, poseedor de bienes, individualista, escéptico y desconfiado, con una cierta presencia social, machista y monógamo con licencia. Desde esta mirada, también estaba «dispuesto a vencer dificultades, en pleno uso instrumental de la razón, con un neto y eficiente sentido de la realidad, capaz, sin embargo, de emprender enormes tareas si cree tener en sus manos un cálculo correcto»⁵.

Aquel individuo moderno buscaba la certeza, aunque también se enfrentaba al mundo intentando descubrir sus límites de acción, bajo la constancia de que no podía obtenerlo todo. Este sujeto, si bien podía tender al hedonismo, fue también criado dentro de una ética tal que lo impulsaba a medirse con su propio entorno, reconociendo sus límites. Sin embargo, todos los cambios socioculturales acaecidos fueron posibilitando la construcción de muchas otras identidades nuevas.

Pérez plantea que, en esta nueva subjetividad posmoderna, se formaría una mente sin complejidad interna, con una ansiedad permanente volcada hacia el exterior, sin pretensión de individuación. Es decir, este nuevo sujeto padece la soledad como vacío, abandonado a sus impulsos, sin culpas ni ideales, ya que carece de una conciencia moral bien definida⁶.

Hoy el hombre, como vemos, aspira a un pasar despreocupado, a un estado continuo ausente de malestar. Y su modo de pensar es estereotipado, con un cierto matiz nihilista, trivial y débil. Todo esto nos lleva a preguntarnos: ¿acaso actualmente nuestro enfoque existencial se orienta hacia la evitación del dolor, hacia la búsqueda de placer?

La respuesta, que podría parecer obvia y correcta —nadie busca el dolor— nos ha conducido por una espiral de egocentrismo que galopa hacia dimensiones psicológicas profundamente narcisistas. Esta inclinación, de marcado hedonismo, nos ha llevado a una sobrevaloración de la juventud y aun rechazo de la vejez; a un culto al cuerpo del cual la inmediatez del consumo se aprovecha para lanzar miles de productos «para mantener la línea», proliferando los centros de belleza, gimnasios y un aumento explosivo de operaciones estéticas, donde un gran número de los pacientes son hombres.

Esta idealización del cuerpo ciertamente va ligada a la concepción de la sexualidad, con lo cual hoy nos enfrentamos a una hipervalorización del sexo y hemos desvirtuado la significación

afectiva. Así, lo que hoy buscamos es el polisensualismo, una emoción que aturda nuestros sentidos: pornografía cibernética, sexo virtual, deportes extremos, carretes desmedidos. En pocas palabras, «¡quiero esto y lo quiero ya!».

Este fenómeno ha ido produciendo un vaciamiento del yo, como diría Lipovetsky⁷. Se ha convertido en un espejo que no refleja, debido al sobrepoblamiento de retazos de información inconexa que no tiene caminos que deriven en respuestas. Es un yo sin voluntad, que fue perdiendo a su paso las herramientas que le permitían ordenar y responder de forma unitaria a su mundo. Porque prima en él la apariencia, la superficie, descuidando el contenido, con lo cual se abandona la fidelidad a un proyecto de vida coherente, siguiendo a la primera de paso la señalética que le haga tomar un nuevo camino.

No es difícil imaginar, entonces, que ese yo tenga dificultades para disfrutar la vida y que, especialmente cuando queda solo, lo inunde el vacío en forma de ansiedad y angustia, una insatisfacción generalizada frente al hecho de constatar creer tenerlo todo, pero aun así no ser feliz⁸.

Este espejo sin reflejo, el cual miramos y miramos para ver algo, a su vez, nos hizo perder todo interés por los asuntos públicos. Solo importa mi preocupación, y frente a lo que le ocurre al prójimo demostramos una total falta de empatía, tanto así, que la indiferencia misma nos parece una actitud *cool*, como cuando comenzó a ser común decir «no estoy ni ahí».

Y una de las consecuencias de este «yo» vaciado es que, al final, pretendemos infructuosamente llenarlo de superficialidades externas. Nos sentimos impelidos a obtener estatus y logros —ojalá fáciles y rápidos— sin importar si, a largo plazo, darán algún sentido a nuestra vida.

Esta urgencia por lograr resultados inmediatos, que solo sirven para aplacar la ansiedad del momento, nos ha llevado a la inmediatez y a la futilidad. Todo tiene que ser instantáneo, sin

espera, con cero tolerancia a la frustración y con un pánico exacerbado al fracaso. Si no nos sirve o nos aburre, simplemente lo desechamos. Y no nos olvidemos de la tan manoseada «espontaneidad», de esa insistencia con que se nos asegura que ser espontáneos nos hace entretenidos, no como la aburrida forma estructurada de ser: juegos espontáneos, viajes espontáneos, sexo espontáneo, etcétera.

Porque en esta «vida hacia afuera» solo valemos al compararnos con un otro, compitiendo con un otro. Si tengo más, valgo más y pertenezco al grupo de los *winners*. Si no logro tener, descendemos al grupo de los *losers*, que es la división actual del mundo. Y somos capaces de todo por obtener ese ansiado pasaje hacia los ganadores, incluso recurriendo a las apariencias y a las imposturas. Una de las consecuencias radica en que nuestros límites «afuera-adentro» se han ido desdibujando y hemos caído en una crisis de identidad.

Es por esto que muchos clínicos han señalado que, en una época de estas características, la emergencia de los «trastornos *borderline* de personalidad» tiene mucho sentido. Porque justamente se trata de personas que padecen la sensación de vacío existencial, siendo impulsivos y con una severa incapacidad de adaptarse al medio⁹.

Para hacer el cuadro aún más complejo, cuando el individuo posmoderno se ve obligado a postergar sus gratificaciones, se irrita y se refugia en la hostilidad y el «bajón». Y, desde esta posición de víctima, clama por un trato preferencial, peleando por lo que él cree justo, con una licencia justificada por nadie más que él, para obtener por cualquier medio su fin.

Y así subimos un escalón más en esta «cultura del placer», pregonando una ética muy *sui generis*: el mandato de tener que pasarlo bien todo el tiempo, donde nada puede ser fome ni muy largo, alimentando, con esto, unas desmedidas expectativas de autonomía y una falsa pretensión de que vivimos

sin represiones de ningún tipo y en donde nada puede frenarnos¹⁰.

Es cierto entonces que la época actual ayuda en esto. Hoy se puede fácilmente cambiar de nacionalidad, de aspecto físico, de ocupación y de género, si así se quiere. Se puede vivir solo o en pareja, de manera ortodoxa o heterodoxa, tener o no tener hijos. Y los ojos de la sociedad ya no tienen el peso que solían tener. Es lo que se denomina la «libertad biográfica», cuyo costo es hacerse responsable de la propia suerte, sin poder delegarla, como antes, en instituciones, clases sociales o sistemas normativos¹¹.

Pero ante tanta «libertad» individual el hombre se ha vuelto perplejo, desorientado, frustrado, desencantado y alienado. Nos hemos aislado socialmente, encerrándonos en una vida individualista, egocéntrica, hedonista y *light*, con valores permisivos y relativos, siguiendo uno tras otro los impulsos que nos guíen en esta búsqueda incesante de logros, el nuevo becerro de oro.

Y todo esto para llegar a la gran pregunta, ¿ha afectado este cambio la visión tradicional de lo que entendemos por pareja?

Claro que sí.

CAPÍTULO II

La transformación de Adán y Eva

La crisis del amor.

El sexo es fácil, lo difícil es el amor.

ANÓNIMO

Como consecuencia de los cambios mencionados anteriormente, dentro de ese afán por amoldarse a las nuevas expectativas resultantes del individualismo y del narcisismo propio de la época del consumo, los lazos afectivos se han visto aflojados y debilitados¹.

Por esto, no es difícil encontrar a jóvenes que temen a aquellos vínculos profundos, estables y duraderos, prefiriendo en contraparte acuerdos laxos, frágiles, precarios y, por ende, vulnerables y de fácil disolución. A nosotros, como terapeutas, nos sorprende cómo los matrimonios jóvenes perduran mucho menos tiempo que antes, separándose fácilmente por *variados motivos*, casi todos muy superficiales, asociados a una desesperanzadora insatisfacción. O, como dijo una paciente: «Me quiero separar porque *no estoy siendo ciento por ciento feliz*».

Más seguido de lo que quisiéramos, escuchamos a hombres y mujeres que, a menos de dos años del matrimonio, sin hijos ni conflictos mayores, están considerando la separación por *aburrimiento* o porque se acabó la magia y *ya no*

hay novedad. Nuestros pacientes dicen estar invadidos por la monotonía y la rutina, lo que a su manera de ver las cosas es un indicio claro de que la relación ya no funciona. Y, peor aún, de que no podrá recomponerse. Es tal la fragilidad de estos vínculos que, tras la ruptura, la pareja pareciera vivir, como dice Kaufmann, solamente un «microduelo».

Pero la laxitud actual de los lazos de pareja no solo se evidencia en los índices de divorcio sino también en otros fenómenos típicos posmodernos. Por ejemplo, las relaciones «de corto plazo» manifestadas en una seguidilla de parejas sucesivas, transitorias o instrumentales; en vínculos *light* con escasa entrega y compromiso. Asimismo, vemos que al tiempo que decrece la infidelidad masculina, aumenta la femenina; o una mayor aceptación de la práctica del *swinger* e incluso sucede que unos pocos defienden el «matrimonio abierto» tan en boga en los años setenta. Es decir, hoy en día existen variadas opciones alternas a simplemente ser pareja. De esta forma, vemos cómo dos personas bien pueden ser solo «amigos con ventaja», «estar saliendo», «andando» o, si son más comprometidos, pololeando. Y frente a esta sobreabundancia de opciones, no es de extrañar lo que los jóvenes de hoy implícitamente parecen reflejar: que las «artes amatorias» serían prácticas factibles de ser aprendidas y que, ante un mayor número de «intentos», mayores posibilidades de «ser mejor». Y así van acumulando experiencias, seguros de que el próximo amor será aún más estimulante que el actual.

El problema está en que, cuando llega ese próximo amor, creen que puede haber otro en el futuro que sea aún más excitante, y así hasta el infinito. Dado este contexto, no sorprende que hoy los jóvenes suelen permanecer en pareja siempre y cuando todo esté «funcionando». Es decir, mientras no aparezcan frustraciones ni decepciones.

Ejemplifiquemos este fenómeno con las palabras de un paciente menor de 30 años:

Por un lado, es muy rico poder compartir con alguien lo que te ha pasado en el día y tener sexo; pero, por otro, al ratito me doy cuenta de que dejé de ir al fútbol, que ya no me junto tanto con los amigos y adiós a los fines de semana para hacer todo lo que se me ocurra. ¡Se acaba todo! Y no, ¡no quiero andar pidiéndole permiso a nadie para hacer lo que quiero! Cuando me lo haya vivido todo y me aburra del carrete y los amigos, ahí recién pensaré en casarme, como a los 40 años. Y si no funciona, ahí veremos.

El menor grado de compromiso afectivo, entonces, junto a los escasos proyectos vitales compartidos a largo plazo, sean a nivel individual como social, son rasgos que parecen tamizar cada vez más profundamente las relaciones interpersonales y explican, en parte, la vorágine de parejas que puede tener un joven antes de los 30 años. Porque pareciera que su única prioridad para mantener la unión fuese el sentirse bien juntos aquí y ahora. En otras palabras, creando y recreando una «relación de bolsillo»², expresión absoluta de lo instantáneo y descartable.

Ante esta «desnutrición vincular», Singly ha acuñado una muy decidora expresión al tratar a estas parejas que valoran la autorrealización, la independencia y la vida propia por sobre lo relacional, como «los libres ensamblados».

Bauman, por su parte, plantea que nos encontramos viendo la era del *amor líquido*, ya que la urgencia consumista que permea todas las esferas de nuestra existencia ha distorsionado también el terreno de los afectos, llevándonos a pensar los vínculos en términos de costos y beneficios. Con esto, el amor pasa a ser un objeto más de consumo, sujeto a las mismas reglas de oferta y demanda que dicta el mercado.

Al mismo tiempo, se han simplificado las condiciones que, supuestamente, debían reunirse para poder llamar «amor» a una determinada experiencia. Esto no se debe a que ahora

creamos ver a más personas dignas de ser amadas, sino que los estándares que utilizamos para delimitar aquello que podríamos llamar amor son, hoy en día, mucho más bajos, ampliándose enormemente su definición. Por ejemplo, incluso para referirse a una relación sexual fortuita, esas de una noche, se suele hablar de «hacer el amor».

Pero aun cuando esta fragilidad y liviandad de los vínculos pueden observarse en un porcentaje importante de la población joven, no es esta la situación en los casos de parejas con falta de deseo (deseo sexual hipoactivo o DSH) que acuden a nuestra consulta, de las cuales hablaremos a lo largo de este libro. Es más, nos ha llamado la atención que en ellas se produce una marcada tendencia en la dirección contraria.

Efectivamente, tanto los hombres con DSH como sus mujeres se declaran muy enamorados y se sienten profundamente comprometidos el uno con el otro, únicamente con su pareja estable (casos a los cuales nosotros les acuñamos el nombre de selectivo-relacional). El problema de estas parejas, pues, no es el amor ni el compromiso, sino el deseo sexual. En cambio, en aquellos casos que reflejan indicios de miedo a enamorarse o a comprometerse, llamativamente no presentan problemas de deseo sexual.

¿Nuevos roles de género?

Son las mujeres las que sostienen el mundo
mientras los hombres lo desordenamos con nuestra brutalidad.

GABRIEL GARCÍA MÁRQUEZ

En una de sus sesiones individuales, Juan Ignacio nos cuenta que siempre se ha sentido atraído por mujeres fuertes. Pero, según él, es justamente esta característica la que le acarrea

problemas, pues lo enfrenta a lo que él considera el «*Girl-power*», aquellas mujeres orgullosas de «llevarla en la casa». Esto ha generado o bien discusiones por quién tiene la razón —cosa que él detesta— o complicadas negociaciones, donde sentía que él terminaba cediendo ante ellas.

Por su lado, Almendra, su pareja, se describe a sí misma como una mujer fuerte pero muy frustrada con la pasividad e inapetencia sexual de Juan Ignacio. Y si antes lo consideraba como un hombre brillante y esforzado, hoy lo adjetiva como un *buenito mamón*.

Esa bondad que ve en él es lo que la ha frenado de decirle lo que le pasa: que dejó de admirarlo y que no lo siente presente ni comprometido. Pero lo que a ella más le duele es que él ya no la busca para hacerle el amor y tuvo que insistirle durante meses, hasta convencerlo, de asistir a terapia para tratar su falta de deseo sexual.

Los cambios sociales que comentamos han transformado nuestra forma de vivir, los papeles de cada género y, por supuesto, las relaciones de pareja. Al respecto, mientras muchos autores hablan de una feminización y/o maternización del hombre y de una masculinización de la mujer, otros perciben un avance hacia lo neutro, lo andrógino³.

A nosotros como terapeutas de pareja, más allá de otorgarle un nombre a este fenómeno, lo que nos interesa es recalcar que es en nuestra vida privada donde las transformaciones de los géneros y sus ajustes se están expresando más claramente, como lo vimos en el caso expuesto y en lo que ahondaremos a continuación.

Con esto dicho, debemos dar énfasis a los justos logros conseguidos por las mujeres en pos de la igualdad de género y la búsqueda de una nueva identidad, pues hoy son ellas quienes escriben su propia historia y no ellos como ocurría antes.

Y si bien es cierto que, en general, el medio social continúa rigiéndose por la cultura patriarcal, los cambios son innegables y hoy podemos notar cómo ellas están siendo protagonistas del proceso de transformación de los roles de género, en un ascenso paulatino pero constante a los lugares de poder.

Pero ¿quiénes son estas mujeres?

Las mujeres en búsqueda de su autonomía

El lugar de una mujer en los dominios del sexo
refleja su sitio en el resto de la sociedad.

SHERE HITE

Marianne, 38 años, y Gabriel, 41, llegan a nuestra consulta buscando ayuda por la inapetencia sexual de ella.

Marianne cuenta que desde muy pequeña sus padres la incentivaron a obtener una profesión y a destacar en lo que eligiera. Pero, al mismo tiempo, le inculcaron que lo más importante en la vida de una mujer era la familia. Y hoy, debido a esta doble exigencia, no puede entender que Gabriel, su pareja hace ocho años, no comprenda lo que le ha ido ocurriendo. *Es cierto que cambié, dice, y sé muy bien por qué. Me siento agotada cuando llego por las noches a la casa. Gabriel me ayuda muy poco; en mi trabajo me presionan y exigen cada vez más y, por más que trate, no logro hacer bien todo lo que debo, quedando con un montón de cosas pendientes cada día. En más de una ocasión ha pensado dejar todo botado y largarse a un lugar tranquilo, a una isla solitaria. Pero lo que más rabia me da es que Gabriel no se entera de lo mal que estoy, de todo lo que debo trabajar, que además tengo que cocinar, hacer el aseo y lavar la ropa los fines de semana, sacar a los niños a la plaza,*

mientras él está metido en el eterno trabajo que se trae para la casa. Para rematar, tenemos que hacer visitas a nuestros papás, que reclaman que casi no ven a sus nietos.

Gabriel mira al suelo y solo atina a decir en voz baja:
Es que si no me llevo el trabajo para la casa, no puedo cumplir las metas y si gano menos, no podemos pagar todas las deudas que tenemos.

Este relato, muy común en las parejas que nos visitan, refleja un mundo en el cual todo pareciera ser importante y urgente, uno donde mientras la mujer se siente exigida y sobredemandada, los hombres están confundidos y perdidos. Y para entenderlo, debemos hacer un breve paneo histórico.

Lipovetsky sostiene que, por siglos, la mujer fue simbolizada como el género «peligroso», caracterizado bajo la efigie de Eva, Pandora, Medusa, Crisanta y tantas otras. Estas historias escritas por hombres, vale decir, las representan como partes de una «especie maldita», donde lo único que les queda a ellos es aceptarlas tal cual son, como la raíz de toda tragedia.

De esta forma, al ser consideradas como seres inferiores, despreciadas y sometidas al yugo del hombre, el género femenino ha cargado un estigma que las ha reducido a seres viciosos, llegando incluso a ser demonizadas por algunos. En esas épocas, no tan remotas como quisiéramos, reinaba una cultura patriarcal absoluta, centrada en la exigencia, la dominación y la competencia, siendo digno y glorioso solo aquello llevado a cabo por el género masculino⁴. Pero esta imagen femenina no fue siempre así.

Efectivamente, Humberto Maturana ha sostenido que habría existido, miles de años atrás, una antigua cultura matrística, dentro de la cual la mujer gozaba de un rol igualitario al de los hombres⁵. El autor relata que, en la Europa balcánica, hubo comunidades recolectoras y agricultoras, organizadas en

torno a la cooperación más que a la competencia y en las cuales no existían las jerarquías ni la apropiación ni la guerra. Así, solo al surgir la apropiación se habría modificado la forma de relacionarnos, apareciendo la enemistad, la guerra, la desconfianza y la búsqueda de control de los unos sobre los otros. Y durante este largo proceso, la mujer fue poco a poco quedando relegada a la función de la procreación.

Del mismo parecer es Helen Fisher⁶, quien sostiene que hoy las mujeres, en realidad, están «regresando» al mercado laboral, ya que, miles de años atrás, eran ellas las encargadas de recolectar las verduras y frutos de los pastizales africanos y en torno al valle del Indo, con lo que alimentaban a los suyos. Pero luego, tras el florecimiento de la agronomía y el uso de herramientas pesadas como el arado, el trabajo femenino fue perdiendo valoración económica, quedando ella sometida a los designios del hombre, sin un lugar propio y sufriendo de una precaria autonomía, ya que el matrimonio, de una u otra manera, se convertía en una de sus principales formas de subsistencia. Las mujeres se transformaban entonces, en palabras de Lipovetsky, en «la mujer despreciada»⁷. Es decir, las mujeres, insertas en una sociedad donde los hombres tienen derecho al mundo, fueron relegadas por ellos, siendo escasamente reconocidas por la sociedad. Con esto, la mujer hubo de encontrar su lugar «natural» en la casa.

Luego, aunque de forma paulatina entre los siglos XII y XVIII, la sociedad, los filósofos y los poetas, sientan a la mujer en un verdadero pedestal asociado a sus roles de esposa, madre y educadora de sus hijos. Sin embargo, ello no implicaba que fuese valorada como un ser igualitario y autónomo, por más que se le haya destinado un rol parcialmente reconocido. En el fondo, la mujer permanecía subyugada, ya que, tras obedecer al padre, pasaba al dominio del esposo en su nuevo hogar. A esta mujer, Lipovetsky la llama «mujer exaltada».

Dando ahora un gran salto en la historia, nos encontramos con que en la década del cincuenta, la mujer empieza a tener mayor acceso a la educación, al tiempo que la estructura productiva sufre un cambio notable, especialmente en Europa, donde surgen nuevas oportunidades laborales ante las secuelas de la escasa mano de obra masculina que deja la Segunda Guerra Mundial. A su vez, los grandes avances tecnológicos para el hogar surgidos gracias a la Revolución Industrial, le ofrecen a las mujeres la oportunidad de liberarse de «sus tareas naturales», abriendo nuevas posibilidades para su emancipación. Y, tal como dijimos, la implementación de métodos anticonceptivos, los movimientos de liberación sexual e incluso las leyes sobre el aborto hacen que la mujer se afirme como individuo⁸.

Así, con el paso de los años, el salario femenino fue adquiriendo mayor peso hasta convertirse, como es hoy, en una parte significativa del sustento familiar. El logro de estas libertades, pues, ha abierto una puerta que les ha permitido a ellas construir una nueva y propia definición de identidad del género, tal como, por siglos, lo habían hecho los hombres respecto de sí mismos.

Sin embargo, el camino al nacimiento de esta nueva mujer no ha estado exento de costos, como se vio reflejado en el caso de Marianne. Porque esta *multiwoman*, con múltiples roles, autónoma, madre y profesional es capaz de todo, pero se ha impuesto metas que la llevan a terminar cada día absolutamente exhausta. Ya que, como bien dice Daniel Bruno, las mujeres de hoy «deben ser» activas, exitosas, proveedoras, bellas, buenas dueñas de casa, activamente sexuales⁹. Es decir, deben combinar todo lo que era la mujer tradicional y a ello sumarle el desarrollo de la «mujer liberada», pero, ¡vaya liberación!

Con frecuencia percibimos en la consulta el agotamiento de esas mujeres que trabajan, se hacen cargo de sus hijos, de sus padres enfermos y, además, reciben la presión de sus parejas para

ser buenas esposas y compañeras sexuales. Y, en esta superimposición de roles, la mujer no ha logrado aún definir su nuevo y propio campo de acción, quedando como una «mujer indeterminada»¹⁰, agotada y confusa.

Porque, mirándolo fríamente, ¿quién es la mujer de hoy? ¿Una madre dedicada ciento por ciento?, ¿una profesional exitosa?, ¿una mujer libre de toda atadura, capaz de vivir intensamente su sexualidad con o sin amor?, ¿o será que es todo a la vez?

Hace mucho que la mujer ya no supedita su supervivencia económica a la consecución del matrimonio, sino que ahora busca en su pareja otras condiciones que le son elementales, como el compañerismo, la afectividad, la seguridad psicológica y, especialmente, el goce sexual¹¹. Entonces, es evidente que la mujer independiente aún sigue necesitando la vida en pareja y el apego. Así, la mujer, en su despojo de ataduras culturales, también requiere *algo*, porque lo público y lo privado, muchas veces, entran en conflicto en esta, su nueva identidad que aún no logra definir de forma cabal: al tiempo que lucha por ser autónoma y reconocida, busca también ser amada. No es de extrañar, pues, que aquellas mujeres que muestran una fachada social fuerte, se afecten cuando creen que su actitud de tanta fortaleza puede alterar negativamente a su pareja. Como dice Bruno sobre la gran dificultad que refiere combinar la vieja y nueva mujer, es que en este afán independentista ella ha perdido la satisfacción de sus necesidades afectivas y el lugar que históricamente tenía en la vida emocional del hombre. A nuestro parecer, nos encontramos en una interface muy compleja.

La problemática central de las mujeres de hoy, entonces, podría radicar en conciliar su autonomía lograda junto a la consecución de vínculos afectivos estables de pareja. Y es en este proceso en el cual se encuentra: en el de descubrir y reescribir quién es.

¿Mujeres independientes percibidas como fálicas?

Luciana es una profesional joven muy exitosa, casada hace dos años con León. Su motivo de consulta responde, principalmente, a que ella no considera normal que hagan el amor apenas una vez al mes o, con suerte, dos. Dice estar harta de que León no le entregue lo mínimo que siempre le ha pedido, especialmente en el área sexual.

Al terminar la sesión, dice: «Soy independiente. No necesito a un hombre que me mantenga ni me cuide. Lo único que pido es que me contenga, que me dé amor y sexo. Nada más».

En relación con este caso, citamos a Santini, quien derechamente plantea que la mujer posmoderna se ha masculinizado, opinión que entendemos muy bien al oír a nuestras pacientes contarnos que sus padres las educaron diciendo que *tenían que hacerse hombres*, refiriéndose a que debían ser independientes, fuertes y no andar llorando por la vida para conseguir las cosas que querían.

Respecto a sus parejas, ellas mencionan que no solo ya no consideran obedecerles sino que tampoco están dispuestas a ser sus «nanas» ni la niñera de sus propios hijos. Se sienten con todo el derecho de buscar el camino que las haga más felices y suponen que es a él a quien le corresponde hacerla feliz, en la vida y en la cama. Y, claro, cuando no lo están siendo, se enojan hasta incluso «golpear la mesa», como antes lo hacía el hombre que estimaba que su mujer no cumplía bien su rol.

Como terapeutas, somos testigos de cómo las parejas se han ido distanciando a pesar de que, según estas, lo que más quisieran es lograr una relación cercana con intimidad emocional. Esto último, que parece ser una piedra fundamental en toda relación, les está costando enormemente a las nuevas

parejas. Reina un desconocimiento del otro y predominan las dificultades para expresar lo que les sucede dentro de la relación. Así, vemos cómo nuestros pacientes reflejan esto de múltiples maneras: no cuentan al otro lo que conversaron en sus sesiones individuales, tampoco le preguntan por sus propias sesiones, no saben cómo se siente su pareja en la cotidianeidad y, cuando les sugerimos que hablen de ciertos temas fuera de la sesión, les cuesta o siempre tienen una excusa para no hacerlo.

Según nuestra experiencia, las mujeres presentan una mayor disconformidad, están más propensas a la infidelidad y son ellas, principalmente, quienes deciden separarse, sin mostrar un posterior arrepentimiento. De sus palabras podemos colegir que perciben a su pareja como un hombre débil, perdedor, fome, cómodo, poco romántico, trabajólico, egoísta, egocéntrico, que no se comunica, que es como un niño y que no sabe contenerla ni cuidarla. Pero, en el otro lado de la moneda, ellas no se dan plena cuenta del efecto que todos sus cambios han tenido sobre sus compañeros, quienes las describen como muy fuertes, exigentes, críticas y explosivas. A fin de cuentas, como diría la banda Sinergia, que *se enojan por todo*.

Esto responde en parte a los cambios en la balanza de poder entre el hombre y la mujer, los que parecen haber llevado a nuevas formas pasivas de equilibrio en la relación. Actualmente, tanto hombres como mujeres tienen la impresión de que ellas tienen siempre la razón, en lo que sea, gracias a que sus argumentos son firmes y dichos con una lógica impecable. Y como ellos sienten la batalla perdida de antemano, callan y terminan cediendo, con el costo de haberse distanciado y quedado con resentimientos.

Por ejemplo, eso de llamar «cabronas» a las mujeres, a propósito del libro de Sherry Argov *Por qué los hombres aman a las cabronas*, no deja de ser llamativo. Es un término que la autora aplica, precisamente, porque son vistas como fuertes, pero

también porque son de buenos sentimientos, independientes, no andan a la siga del hombre, controlan su propio tiempo y mantienen su sentido del humor a pesar de todo. En el fondo, no son cabronas en el completo sentido de la palabra, por más que los hombres las definan como «brujas», «patronas», «la mano que aprieta».

Muchas veces hemos escuchado a pacientes decir, ante una frase comprometedora, *la jefa se puede enojar*, gracias a lo cual más de algún psicoanalista se refiere a ellas como «una mujer fálica», mujeres que detentan poder y autoridad, haciéndolo valer. Hemos sabido también de terapeutas que suelen catalogar a este tipo de mujeres como «castradoras» del hombre.

Y si antes las mujeres reclamaban porque él había cambiado después de casarse, hoy encuentran muchos otros motivos para reprocharles. Les enrostran que son inútiles, que no saben hacer bien las cosas, que no son buenos proveedores, que las ignoran, que tienen valores distintos, que si ellas los retan ellos *se achunchan*, que son unos niños y que, a fin de cuentas, ellas han sido unas *huevonas* por haberlos aguantado todo este tiempo. Y así vemos que, por más que las mujeres se sientan sobrepasadas por sus variadas obligaciones, prefieren seguir haciéndolo todo ellas mismas, ya que *él no sabe hacerlo como se debe*. Incluso, algunas parecen añorar aspectos del pasado, de esa relación tradicional que tenían sus padres, en las cuales «él sí que era un hombre y un esposo de verdad». Es decir, pareciera que desearían saberse protegidas pero sin sentirse dependientes, ya que no toleran que un hombre las considere débiles o dóciles.

Y por esto a ellas les agrada mostrarse fuertes y autónomas, pero al mismo tiempo se quejan de estar cansadas de sostener esa fachada de fortaleza y, peor aún, tienen miedo de ser dejadas solas y sin apoyo, al suponerlas resistentes y capaces.

Por su parte, ellos también quisieran que la relación funcionara equilibradamente, mas encuentran que todo es enredado,

complejo y que les demanda demasiado esfuerzo psíquico. Agobiados tras cientos de transacciones y negociaciones con ellas, para evitarse futuros conflictos algunos de estos hombres sienten que no vale la pena pelear todas las batallas, comenzando erráticamente a ceder en diversas áreas de la relación.

Entonces, nos encontramos ante una mujer que se siente sobrepasada, tratando de definir lo que realmente desea para su vida: aquel verdadero compañero de camino que «pueda hacerla feliz». Es posible que, ya agotadas de tantos quehaceres y de esperar la anunciada «evolución» de los hombres, parecen quererlo «todo y ya», exigiéndole a veces lo imposible a su pareja y, desesperanzadas, se enojan por toda esa infinita retahíla de frustraciones cotidianas que tanto las irritan.

La nueva masculinidad: ¿los machos en retirada?

Nos contó Juan José que su familia está formada por patriarcas, hombres fuertes y machistas y que, a menudo, terminaba enfurecido con su padre por tratar tiránicamente a su madre. Muchas veces la defendió, ganándose la reprimenda de su padre, quien no entendía cómo se dejaba manipular por las mujeres de la casa. «Hazte hombre de una buena vez», le decía cuando prefería quedarse conversando con sus hermanas antes que ir de pesca con él. Y, aunque quería a su padre, se juró nunca tratar así a su mujer.

Hoy, Juan José dice que su padre jamás entendería a los hombres que no necesitan sexo todos los días y menos a aquellos que, como él, pueden pasar meses sin tener relaciones sexuales con su esposa. Acude a la consulta preocupado por el futuro de su matrimonio, ya que Marion, su pareja por más de seis años, se queja y le reprocha que no es feliz con él. No logra comprender qué está haciendo

mal ni por qué le reclama tanto, siendo que él lo único que quiere es complacerla. Para ello, ha evitado ser ese «machista desalmado» que era su padre, optando por ser un hombre conectado con sus emociones, que trata muy bien a las mujeres. Pero su esposa lo critica justamente por ser, según ella, débil, indeciso y demasiado complaciente.

Los hombres tradicionales creían firmemente en el matrimonio y la familia..., siempre y cuando ellos fueran la cabeza de la institución. *No existen dos capitanes para un mismo barco*, parecían decir. Tenían la certeza de que su papel era proteger a la mujer, tomar las decisiones importantes (que ellas no entendían) y delimitar el lugar de cada cual, por la razón o, en caso de, por la fuerza. Para poder construir su identidad como hombres creían que tenían que enfrentarse y diferenciarse de ellas. En materia de sexualidad, durante largo tiempo era tácito y expresamente aceptado que ellos buscasen placer por fuera. Es cierto que la esposa era «la catedral», pero no era extraño que contaran con «capillas», puesto que ambos géneros estaban convencidos de que el hombre tenía mayores y urgentes necesidades sexuales. Se ufanaban de sus cuasi incontrolables «bajos instintos», practicando un sexo desafectado, carnal y muy poco tierno, imponiéndole a su mujer su estilo de hacer el amor. Por otro lado, se quejaban de que ellas evitaban el sexo o que sencillamente eran «frías».

Este modelo predominaba hasta poco tiempo atrás, pero, como veremos, ha comenzado a desaparecer, aun cuando los hombres más tradicionales siguen convencidos de su rol protector y de que, por esto, ellas en retribución han de ser dóciles, atenderlos y centrarse en el cuidado de los hijos. Todavía algunos están orgullosos de su notable autodominio sobre emociones negativas tales como la angustia, la pena y el dolor, predominando el razonamiento por sobre los sentimientos y,

por qué no decirlo, cierta descalificación de los afectos, especialmente de la ternura y el miedo. Solo se permiten la emoción negativa de la rabia. El problema es que a estos caballeros se les solía oxidar la armadura, como diría Robert Fisher¹². Como ejemplo, los contados hombres tradicionales que llegan a terapia, niegan su responsabilidad en los problemas matrimoniales. Únicamente son *rollos y cosas de minas*, dicen. Así, es común en su lista de prioridades que primero esté el trabajo, luego sus diversiones, después los hijos y, al final, la señora.

No nos extrañaría si más de una de nuestras lectoras posmodernas, de encontrarse frente a un espécimen así, sufriera un profundo impacto. Pero, como es evidente, las cosas han cambiado.

Si antiguamente los hombres no podían sentir miedo (menos demostrarlo), hoy «lo masculino» dista enormemente de lo descrito. Los hombres están claramente en un proceso de transición, una que, por supuesto, no sucede ni en todos los hombres ni en todas las culturas, sino que se ha dado principalmente en aquellos lugares donde los cambios de la mujer han emergido con mayor fuerza¹³. Ante esto, ¿qué les está pasando a los hombres?

La respuesta trasluce una silenciosa y paulatina transformación en muchos ámbitos, donde destaca su relación con las emociones. En el presente, los hombres aparecen como seres más sensibles respecto de los demás, preocupados por los vínculos que han construido y, en especial, como personas en contacto con aquellas emociones que antes rechazaban por ser «propias de la mujer»: tristeza, miedos, culpa y, sobre todo, temor a ser abandonados. De esta forma, los hombres se han tornado más expresivos verbal y físicamente. O, si se quiere, más *tiernos*, perdiendo la vergüenza a mostrarse vulnerables y sin sentirse menos viriles por ello.

En la consulta hemos visto, graficando lo que decimos, a hombres tan invadidos por el llanto que no pueden seguir

hablando..., teniendo que continuar su mujer. ¡Y esto en una primera sesión! También nos han tocado hombres que se definen como antimachistas, que quieren construir una nueva identidad, pero buscando más bien diferenciarse de ese modelo anterior que encontrando un camino propio. Es decir, tienen muy claro lo que no son, pero aún están buscando lo que realmente quieren llegar a ser.

Estos hombres en transición ven a las mujeres con respeto, considerando que el camino que ellas han recorrido para lograr su autonomía está muy bien ganado. Pero, tal como hablamos de paradojas en la nueva mujer, este nuevo hombre tampoco se salva de las confusiones en torno a su rol, lugar e identidad masculina. Por ejemplo, ellos no están de acuerdo con ser el único proveedor, asumir las decisiones familiares importantes, ser el único que maneja el auto, etcétera. Actualmente ellos esperan que sus mujeres aporten económicamente y que se turnen en todos los otros quehaceres.

También llama la atención que hoy ellos han reconocido sus límites y piden más ayuda que de costumbre, esperando que sus mujeres los contengan y les den apoyo afectivo cuando tienen problemas. Pero estos cambios no solo les han traído beneficios sino que también nuevas problemáticas en su masculinidad. Han descubierto nuevas angustias ante la soledad, la desprotección, y se han vuelto dependientes de la valoración de ellas respecto de su desempeño en varios ámbitos antes inéditos, incluyendo el sexual.

La razón podría estar en que estos «hombres que aman demasiado», parafraseando a Robin Norwood, se entregan emocionalmente a su pareja, intentan construir su vida a su alrededor y expresan que tienen miedo a perderla. Sin embargo, extrañamente, no lo hacen desde una posición de igualdad. Anthony Giddens, por ejemplo, no tiene compasión y los describe como unos pobres hombres, ñoños, que

han sucumbido al poder femenino¹⁴. Aparentemente, entonces, estaríamos frente a un fenómeno nuevo que tendería más bien a una inversión de la antigua balanza de poder.

Si lo pensamos bien, los hombres modernos buscaron su identidad en lo laboral y se equivocaron, ya que no pudieron construir un todo completo de sí mismos, dejando fuera su historia emocional. Por esto, hoy, en una nueva era, su búsqueda de identidad pareciera haber quedado ligada, inconscientemente, a una dependencia emocional de las mujeres, búsqueda que aún sigue siendo parcial e incompleta.

Desde España, Juan escribe en nuestro blog: El cambio nos ha permitido [como género] una nueva y mejor relación con los hijos. También, una relación de tú a tú con la pareja, lo que es bueno. Pero hasta aquí llega lo bueno... La preeminencia de la mujer en España ha llegado al punto en que ser hombre se ha puesto difícil, ya que nos sentimos despojados de nuestros atributos y roles. ¡Perdimos nuestro sitio! Mientras las mujeres conservan y aumentan su preeminencia en el hogar y fuera de él, se vuelven intocables para la sociedad y son el único tema. A nosotros, pues, solo nos queda la sumisión o el distanciamiento. O, en cualquiera de los casos, el patético papel de calzonazos.

Reflejando muchos de los puntos que hemos venido tocando, Juan nos muestra que el hombre de hoy está francamente perdido. Es un hombre que anhela ser invisible, pasando por la vida sin toparse ni generar conflictos con nadie, necesitado de apoyo emocional y temeroso de las reacciones de su mujer.

Con esto, no decimos que no existan otro tipo de hombres, como aquellos más tradicionales o los que siguen estando ausentes o esos que se vuelcan al trabajo para evitar involucrarse

con sus mujeres, ni tampoco que hayan desaparecido los que viven saltando de relación en relación.

Pero volviendo a lo planteado por Juan, otro paciente nos hizo una introducción similar, declarándose confundido al no entender los mensajes de las mujeres y, a veces, encontrándolos por completo contradictorios. Remata diciendo que *las mujeres quieren lo mejor de los dos mundos*. Y no deja de tener razón. Veamos: no es difícil encontrarse hoy con mujeres que quieren tanto el modelo tradicional antiguo del hombre, al tiempo que quisieran las nuevas características masculinas, como lo refleja el título de un libro de Marilén Stengel en referencia a las mujeres de 30 años: *Lo quiero todo y lo quiero ya*. Como se quejó Mateo: «Ellas quieren un macho cuando lo necesitan y un hombre empático en otros momentos (claro, cuando ellas lo necesitan)».

Pero conseguir esta amalgama es un proceso altamente complejo, cuando no imposible, ya que nos enfrentamos a dos supuestos históricos diametralmente opuestos, muy difíciles de conciliar, por cierto. El hombre tradicional (fuerte) versus el hombre nuevo (tierno). Y no debemos olvidar que hablamos de la identidad, no de un *switch* adaptable según las necesidades de cada quien ni de cada momento.

Miles de años de tradición nos han enseñado que, cuando establecemos pautas de relación en nuestro medio social, cuando construimos formas cotidianas de interacción, nos es posible anticipar la conducta del otro e identificamos, de alguna manera, nuestro «rol» en dicha relación, como por ejemplo, el rol de «cuidador» y el rol del «protegido». Pero esto es lo que está cambiando, llevándonos a la pregunta de si ambos miembros de la pareja cuidasen del otro de la misma manera y en el mismo grado, ¿sería posible definir quién es el «cuidador» y quién el «cuidado» en esta relación? Y si no logramos identificar un rol fijo a seguir como patrón de una relación, es

claro que las simientes tiemblan, pues se trata de un cambio en los balances de poder en la relación de pareja. A fin de cuentas, ¿quién soy yo en esta relación?, ¿el fuerte o el débil?

Si pensamos en una pareja tradicional, es esperable que el hombre se defina como fuerte y vea a su mujer como débil. Y ambos solían estar de acuerdo con esto, con lo que el rol masculino de cuidador era claro. Pero la nueva mujer se ve a sí misma como fuerte y muchas veces a su pareja como débil. No obstante, ellas consideran que tienen derecho a ser también débiles, a ser cuidadas, y es aquí que las expectativas no son nada de claras. ¿Cuándo fuertes?, ¿cuándo débiles? Según Michael Kimmel, aquellos hombres que pretenden permanecer aferrados a los modelos masculinos antiguos están perdidos, pues los cambios en los roles son parte de un proceso político y no de género, son una nueva realidad. Son cambios necesarios e irreversibles.

Volvamos a la reflexión de Juan en el blog:

No se trata de una relación de iguales, no lo somos, ni nunca lo seremos, no somos unisex, se trata de que el contrato sexual y social actual está enfermo y desequilibrado. Las mujeres se quejan de que no quedan hombres. Se equivocan: ahora son ellas el hombre de la casa y nosotros... sabe Dios. La posición propia es desagradable, frustrante y nada *sexy*, el colmo es que quieren sentirse deseadas y bien servidas sexualmente como mujeres. ¿Cómo, si son ellas el nuevo macho Alfa?

Cuando Juan define a las mujeres como el nuevo macho Alfa (o, más bien, mujer Alfa) en una relación, nos refleja la decadencia de lo masculino que se ha producido en las últimas décadas, sobre todo en la mente de los mismos hombres, alterando significativamente la posición subjetiva de ellos. Más

en concreto, es la virilidad, como característica distintiva de su autoimagen, la que se ha ido difuminando al pasar del tiempo.

En el imaginario colectivo, dicha virilidad se percibe como la capacidad de tomar la iniciativa, ser capaz de resolver los problemas y ostentar el poder¹⁵. Al respecto, Robert Brannon sostiene que los hombres abiertamente viriles rechazan la influencia de una mujer y no aceptan ninguna conducta medianamente «femenina» en sí mismos, llevando el poder en la relación y mandando al infierno a todo aquel que les contradiga¹⁶. Para complicar más el panorama, aun cuando muchas mujeres declaran que les gustan los hombres viriles, pareciera que ellas mismas tienden a resistir y rechazar dicha virilidad en ellos.

Pero hoy en día son otros los hombres que parecieran estar en boga. Se los conoce como los machos Beta —hombres de alguna manera subordinados a los Alfa—, quienes son amables con la mujer, aparentemente consiguiendo así su atención. Como nos dijo un paciente: «finalmente son ellas las que siempre nos eligen a nosotros y no al revés, como queremos creer».

Los Beta, pues, son los *hombres buenitos* pero pasivos, los cuales tienden a ser percibidos por las mujeres como hombres sin falo, sin poder, castrados. Y son ellas, por cierto, quienes resienten que en las relaciones de pareja estos hombres Beta no sean capaces de tomar el toro por las astas cuando es debido. Y aunque no sea tan evidente todavía, tenemos la impresión de que este tipo de hombres conforman un porcentaje importante del universo masculino en niveles educacionales medios y altos.

Este tipo de hombres, que pareciera que no encuentran su «lugar» al estar inmersos en el proceso de cambio, son los que principalmente acuden a terapia, los que no entienden por qué su mujer está tan molesta. Tal como nos dijo uno de nuestros pacientes: en algún momento «me puse a sus pies», pero lo que consiguen es que, finalmente,

su pareja los mire en menos, los deje de admirar y así se les cumple su mayor temor: ser abandonados. Son ellos, justamente, quienes presentan un mayor deseo sexual hi-poactivo selectivo-relacional (DSHsr) u otras disfunciones sexuales antes poco comunes entre hombres jóvenes.

¡Mi mujer ya no me necesita!: ¿adiós al patriarcado?

Día a día somos testigos de cómo este nuevo hombre y esta nueva mujer sufren serias dificultades al intentar mantenerse cercanos como pareja. El cambio de reglas y las múltiples expectativas que tienen puestas, tanto en la relación como en el otro —muchas veces contradictorias entre sí—, pareciera haberles provocado, más que nada, frustraciones en el camino recorrido. Y no hablamos solo de matrimonios, sino que también de novios y pololos con poco tiempo de convivencia, e incluso de parejas que ni siquiera viven juntas.

En este sentido, llama la atención el importante número de recién casados, con dificultades de muy corta data, que llegan a la consulta. Es otro cambio significativo que lleva a preguntarnos, ¿qué está ocurriendo con las parejas posmodernas?

A primera vista, es una señal positiva el que se acuda tan pronto a terapia en busca de solucionar sus problemas; aunque, en una segunda lectura, ello apuntaría a la tendencia actual de poner en duda el futuro de la relación ante el primer atisbo de conflicto.

Las parejas que consultan hoy por motivos que no son sexuales, lo hacen por dificultades en la comunicación, negociaciones que no llegan a puerto, uso del dinero, diferencias en la educación de los hijos y relaciones con la familia de cada uno. Pero las quejas más importantes son más sutiles y demoran en aparecer. Se trata de soterradas insatisfacciones

y/o ambiguas frustraciones que ni ellos mismos saben a qué responden, relativas a la intimidad emocional, priorización de la relación y roles.

Así, si antes bastaba con que el hombre fuera un buen proveedor, no bebiese mucho, no malgastara el dinero en juergas con amigos y no fuera abiertamente infiel (y que la mujer, por su parte, fuera buena madre y dueña de casa), hoy esperamos cada vez más de nuestra relación, queriendo que nuestra pareja satisfaga necesidades de toda índole, desde las más concretas a las más sofisticadas. Peor aún, las exigimos desde la genuina creencia de que estamos pidiendo solamente lo «mínimo» como para mantener nuestra dignidad con la frente en alto. Pero todo este cúmulo de expectativas va inevitablemente minando la relación pues son utópicas. Y como no es posible alcanzarlas, la pareja decide que no está teniendo la relación que supuestamente debería tener; ergo, que no están siendo felices el uno con el otro... como debiese ser. Así, tanto él como ella reclaman que el otro no les hace sentir lo que «deberían» sentir, o que no es la persona que anhelaban. Dicen: «me limita, frena mi desarrollo personal, no me alienta, no me apoya, no me comprende, no me ama como se debe, como yo lo necesito».

Pero ¿qué tiene que ver esta mujer independiente y este hombre que ama demasiado con los conflictos posmodernos?

Existe la impresión entre los especialistas de que los hombres no han sabido llevarle el paso a la mujer y sus cambios. Giddens, por ejemplo, ha planteado que los hombres se han tornado pasivos en esta transición y han permanecido al abrigo de las transformaciones de ellas. Y esto, al parecer por primera vez en la historia de la cultura occidental, ha llevado a que el hombre considere su «masculinidad» como algo problemático.

Lo que enfrentamos hoy, entonces, es que las mujeres quieren ser completamente autosuficientes y no necesitar ayuda

para subsistir económicamente como antes. Es más, no es raro ver parejas en las que el sueldo de ella dobla el de él, siendo la principal fuente de ingresos del hogar, igualando e incluso invirtiendo la balanza de poder que predominaba unas décadas atrás. Y es este movimiento de la balanza lo que ha generado confusión y conflictos en las parejas, porque ha borrado las funciones exclusivas de cada género. Hoy, sin problemas, ellos pueden cocinar y cuidar a los hijos mientras ellas pagan cuentas o llevan el auto a reparar. Esta complementariedad alternante, pues, amén de generar una difusión de roles, genera también frustración, choque de expectativas y sobreexigencia en la relación, ya que coexisten de forma simultánea con ciertos supuestos de pareja propios de la cultura patriarcal. Todo esto, sin duda, tiene a las mujeres exhaustas y los hombres pueden sentir que han perdido su lugar en la relación, provocándole una merma no menor en su autoestima, sin saber qué hacer o no hacer. Al no haber abandonado del todo su conformación tradicional, emerge muchas veces el resentimiento. Se origina una lucha interna entre un macho tradicional —enrabiado y herido en lo más profundo de su narcisismo— y un hombre nuevo —«desnudo», necesitado de vínculos profundos—, vale decir, evolucionado pero, al mismo tiempo, confundido, asustado de su propia soledad.

Entonces, las huellas que han ido quedando en este caminar han adoptado muchas formas distintas, tales como el retraimiento y la resistencia pasiva. Estos hombres no-machistas rechazan la agresión directa como forma de expresarse, pero no saben qué hacer con sus emociones negativas, deviniendo en lo que hemos observado repetidamente en nuestra consulta: las retienen, las controlan, las encapsulan.

Estos cambios, cabe decir, no han logrado aún promover una igualdad plena entre ambos sexos y estamos todavía muy lejos de alcanzar una democracia doméstica que funcione de

forma natural. Más parece que reinase, a decir de Pedro Carvalho, un «individualismo gestor» entre los miembros de la pareja, ya que, habiéndose deslegitimado la subordinación de antaño, era de esperar que el siguiente paso fuese una toma de decisiones consensuales producto de una coparticipación¹⁷. Sin embargo, esto aún no logra cuajar y se mantiene en el plano de lo ideal. Es así como, a pesar de que aparentemente los hombres se han acomodado en sus nuevos roles, si observamos mejor vemos que lo instaurado en ellos es más bien una suerte de resistencia pasivo-agresiva como reacción ante el sentirse cuestionados y dominados por su mujer. En este sentido, han de abrirse más caminos que definan lo masculino, con más alternativas y un mayor espectro de emociones permitidas.

Y ellas, por su parte, en esta búsqueda de equilibrio no aceptan la imposición social per se de ser madre y esposa, sino que quieren optar libremente, como forma de afianzar la construcción de su identidad en cuanto ser integral, volviendo así al término que nos ha acompañado a lo largo del capítulo: la confusión que trae la era de la igualdad.

Y complicando aún más la ecuación, también en ellas existe un conflicto interno. La mujer renovada que llevan dentro pareciera estarles insistiendo: «No quiero que me pase lo mismo que a mi madre». Su actual empoderamiento representa una reacción muy potente a la innegable imposición autoritaria de los hombres de antaño. Es un dolor contenido por siglos, casi como una huella arquetípica. Pero en esa mujer todavía coexiste una parte tradicional que busca sostén, cuidado y protección, sin saber bien cómo pedirlo, por lo que a menudo cuida cuando quiere ser cuidada, desorientando a su pareja e imposibilitándole la toma de decisiones correctas al no poder identificar qué quieren ellas realmente. En otras palabras, las mujeres desean que los hombres sepan qué les pasa y cómo son realmente, pero sin confesar sus debilidades

ni miedos. Es como si ellas, ambivalentes, lamentasen su propia independencia, esperando que ellos las vean vulnerables, atravesando esa gruesa armadura que las fortalece...; lo mismo que secretamente anhelaban antes los hombres.

Pero, dado lo paradójico del proceso, las mujeres dejaron de confiar en la aptitud masculina de hacerse cargo de ellas y de la familia, sin encontrar aún la respuesta adecuada. Esta inconsistencia, entonces, parece ser el cimiento de la confusión en el mundo actual de las parejas en las que, para nuestro tema, la mayor desorientación gira en torno a cómo debiéramos vivir nuestra sexualidad siendo hombres o siendo mujeres.

Como ven, estamos frente a un complejo período de transición que parece estar colapsando dado el solapamiento del modelo patriarcal de antaño con un «nuevo modelo social de pareja». Nosotros creemos que este choque de aguas ha dejado muchos cadáveres en el camino y que todas estas ambigüedades, resquicios y contradicciones los están pagando muy caro las parejas jóvenes, situándonos ante la pregunta que se formula Carlos Lomas de si estamos o no ante un otoño del patriarcado.

Lo evidente en las sombras es pensar que, en gran parte del mundo, el patriarcado aún reina, oscureciendo la vida de millones de mujeres, pero también de hombres. No olvidemos que bajo ese modelo social tradicional, ellos son altamente exigidos, padeciendo de distintas adicciones y enfermedades en un número más alto que las mujeres y falleciendo más prematuramente que ellas¹⁸.

En tanto, en las luces se refleja un estado de declive de la cultura patriarcal. Muraro ofrece un corte en esta aseveración al plantear que, en la medida en que las mujeres se nieguen a construir su identidad en torno al orden masculino, estamos ad portas de una muerte anunciada¹⁹. Y Lomas, a su vez, declara que hoy no hay tal cosa como el fin del patriarcado. Es

más, sostiene que faltan aún generaciones como para que se complete tal reformulación, puesto que el ocaso del patriarcado solo puede ocurrir en sociedades donde la mujer tiene un alto lugar académico, económico y político.

Con esto y con todo, tal como lo ha propuesto Giddens, creemos que la gran tarea que tienen hoy en día los géneros es la reconstrucción de la forma de vivir lo privado, ese mundo de a dos, el establecimiento de deberes y derechos particulares a cada pareja, en la propia intimidad de la relación y no siguiendo sumisamente los rígidos patrones culturales tradicionales que, hasta cierto punto, todavía imperan.

Finalmente, nosotros pensamos que una posible salida para esta anhelada sensación de equilibrio de poder, radicaría en una idea fundamental, por más simple y obvia que suene, de «reciprocidad» en la relación.

CAPÍTULO III

La sexualidad en la era de la igualdad

El mundo de la humanidad tiene dos alas: una es la mujer y la otra es el hombre. Hasta que ambas alas no se hayan desarrollado igualmente, el pájaro no podrá volar.

ABDU'L-BAHÁ

La nueva sexualidad de Adán y Eva

Héctor escribe en el blog: «Tengo 34 años y tras mi divorcio he perdido el deseo sexual. No me llama la atención el tener una pareja y pueden pasar días sin pensar en sexo. No creo que sea por falta de tiempo o estrés; simplemente todo el proceso de la conquista, las expectativas y el pensar si voy a ser bueno o no, me quitan las ganas de buscar sexo. Pienso también que muchas mujeres ahora buscan sexo solo por placer, como lo hacían antes los hombres, y tienden a ser más exigentes. No lo veo mal, sin embargo a mí como hombre me preocupa esa parte».

A partir de mediados del siglo xx, la sexualidad no solo dejó atrás la culpa y pasó de la «oscuridad a la luz», sino que arribamos a una sobresexualización. Pero esta exaltación del sexo

llevó a un erotismo «cosificado» carente de seducción, un objeto de consumo donde reina la permisividad e innumerables opciones promueven expectativas casi infinitas¹. Así aspiramos a estar siempre felices y a practicar una sexualidad «satisfactoria» (sea lo que sea lo que esto signifique). Mas, como tales anhelos implican sobreexigencias y muchas veces no se condicen con la realidad, inevitablemente traen consigo malestar, frustración y decepción, por lo que no es extraño que hayan aumentado las consultas por problemas sexuales, reales o subjetivos.

Como hemos dicho, en nombre de la igualdad, la relación hombre-mujer dejó de definirse desde la dominación sobre ellas, rechazándose las conductas típicas machistas, lo que nos acerca a una relación de intercambio más simétrico. Este cambio, para Lipovetsky, es irreversible.

Según el autor —y tal como lo planteaba Freud—, en esta transformación se ve una nueva relación de poder en torno a los roles de género, evidenciando que el complejo de castración sigue estando presente en el hombre, con todo lo que implica la ansiedad de la impotencia y el deseo de afirmarse a sí mismo. Es decir, esta «lucha» por el falo, por el poder, no va a cesar por mucho que la igualdad expresa sea absoluta.

Lipovetsky cree que esta mayor libertad y la caída del machismo no van a arreglar los problemas socio-relacionales. Porque, si entendemos que durante la época moderna dominaba en el espacio social el estereotipo de mujer/madre, pasiva y sin deseo, en el posmodernismo nos enfrentamos a algo completamente distinto. Al separarse la madre de la mujer, ellas han orientado la vida en el ámbito del amor hacia su espacio privado, erigiéndolo desde su propio deseo sexual. Y los hombres, ante esto, no solo deben enfrentar las consecuencias del avance femenino, sino que también confrontar nuevas exigencias ante las cuales no saben cómo responder.

Por estos días es común escuchar a mujeres decir: «¡Es que ya no quedan hombres!», y con esto se refieren, principalmente, a las notables transformaciones ya mencionadas, ya que no solo las reglas que rigen las relaciones afectivas han variado sino que también lo han hecho aquellas que gobiernan los géneros. Tanto es así, que los especialistas han comenzado a hablar del surgimiento de una «nueva sexualidad», en la cual uno de los cambios más sustanciales sería la desaparición del modelo ideal (tradicional) de mujer como fría y reservada, y la aparición de esta nueva mujer ansiosa de sexo, que se permite —y busca— el placer².

En relación con estos cambios, Giddens plantea que hoy ambos miembros de la pareja tienen derecho a la satisfacción sexual y lo asumen desde un comienzo como tal³. Es decir, implica la incorporación del placer sexual recíproco como un nuevo valor, elemento que se considera hoy clave en el éxito de toda relación. Este posicionamiento es muy novedoso; tanto, que estaría borrando, implícitamente, la antigua división entre mujeres «respetables» de aquellas «vulgares», sexualmente hablando.

Paralelo a esto, Rosario Castaño afirma que el modelo de sexualidad dominante está en crisis, apuntando a lo complicado que es ser hombre o mujer hoy en día⁴. Suena irónico, pero al parecer lo masculino y lo femenino, más que conciliarse, se ha ido distanciando debido a la adopción como propio de posturas generalmente pertenecientes al otro género, y viceversa. En más de una ocasión hemos observado que las actitudes y conductas sexuales tradicionales de los hombres son practicadas hoy por muchas mujeres, mientras que ellos han ido adquiriendo también ciertos roles y características típicamente femeninas. Por cierto, nos sentimos muy sorprendidos la primera vez que escuchamos a un hombre reconocer en la consulta que él era *la mina* de la relación. Pero luego

fueron tantas las veces, que hoy ya no nos asombra. Asimismo, muchas mujeres declaran que ellas son las fuertes y el pilar de la relación, planteando con esto que serían las pioneras en esta transformación de la intimidad, permitiendo un avance más vertiginoso en cuanto a la democratización de las interacciones entre los géneros y logrando, en solo unos cuantos años, establecer la necesidad de una negociación en torno al derecho del propio placer.

Sin embargo, al mismo tiempo han surgido una serie de expectativas que las parejas consideran muy relevantes para sentirse seguras de que todo está funcionando bien. Por ejemplo, deben ser relaciones sexuales completas (con coito), asiduas y mutuamente satisfactorias, variadas, creativas, espontáneas y pasionales. De las mujeres o, mejor dicho, de las nuevas mujeres, se espera que quieran encuentros sexuales frecuentes, que sean muy eróticas, multiorgásmicas, que tomen la iniciativa, entre otras expectativas. Es decir, esto implica una modificación casi radical si lo comparamos con el significado tradicional de su rol en el ámbito de la sexualidad. Sorprende, a su vez, lo rápido que ellas se han adaptado a este cambio y lo bien que han sabido comunicarlo. Hoy podemos afirmar que, sin duda, ha emergido una preocupación explícita por la satisfacción sexual de la mujer, ya que en pocos años ellas han asumido un rol más decidido y activo en las relaciones sexuales, llegando incluso a insistirle a sus parejas para tener sexo. Liberadas entonces del peligro del embarazo y de ser condenadas socialmente por aspirar a una vida sexual plena, ellas parecen haberse conectado con la intensidad propia de la sexualidad femenina.

Desde esta posición, pues, la mujer posmoderna le estaría *exigiendo* al hombre, amén de una mayor frecuencia en las relaciones sexuales, que sepan estimularlas y, como oímos en la consulta y vemos en los medios de comunicación, que las hagan alcanzar mínimo un orgasmo por relación sexual o que,

si él no tiene ganas de hacer el amor, que al menos las masturben. En palabras de un paciente: «Para ella el sexo es demasiado importante, un derecho y una obligación dentro de la relación». Tal como Héctor, son muchos los hombres que se sienten oprimidos por esta nueva mujer que los presiona y les indica lo que tienen que hacer e incluso cómo. Así, el hombre puede sentir miedo, ansiedad y, en este caso, pasividad y falta de deseo en las relaciones sexuales.

Los nuevos roles sexuales

Los roles han cambiado, es cierto, pero también es verdad que, a pesar de que los hombres muestran hoy una posición muy distinta, en las mujeres han surgido demandas (algunas un tanto contradictorias) aparentemente asociadas a lo orgullosas que se sienten de sus nuevas libertades y derechos sexuales. Por ejemplo, antes se quejaban porque ellos eran egoístas y se preocupaban muy poco de su satisfacción sexual, que iban directo al grano y solo les importaba su propio goce. Ahora, son ellas las que casi acosan a sus parejas para tener sexo, pero luego adoptan un papel pasivo, esperando que sean ellos los que cumplan con el resto del rol activo, sin hacerse responsables de su propio placer, suponiendo que esa es labor de los hombres.

A su vez, reclaman que ellos toman poco la iniciativa, que no son creativos en la cama, que no saben tocarlas, que no lo hacen con decisión ni intensidad, que no alcanzan una erección inmediata y que no logran mantenerla firme durante todo el acto, que eyaculan demasiado rápido o demasiado lento, y que las presionan a que tengan orgasmos. En resumen, pareciera que no debiesen tocarlas ni tan fuerte ni tan suave, que no debiesen ser ni tan «entradores» ni tan inseguros, sino que todo debiese darse en su justa medida. Es más, son precisamente las

mujeres de nuestros pacientes con DSHsr quienes tienden a no masturbarse y se niegan a intentarlo, haciendo que toda su satisfacción sexual dependa exclusivamente de ellos, asumiendo que ese es el sentido de tener pareja. Es decir, que a él le corresponde proporcionarle el placer, reflejando una vez más la confusión de estos tiempos.

Como muestra, una paciente nos dijo: «me tienen harta estos niños cómodos», refiriéndose a que estos nuevos hombres se ufanan de no ser ellos quienes salen a la conquista sino que aspiran a ser los conquistados. Ya no las pasan a buscar a sus casas, evaden manejar el auto, les piden a ellas que se queden en su departamento y esperan que ellas los estimulen sexualmente. Por esto, quizá, las mujeres dicen extrañar a esos amantes de antaño, activos, sabios y *más decididos*. Esos hombres «que sabían lo que tenían que hacer, sin preguntar ni hacer aspavientos», como nos dijo una mujer en la consulta.

Pero entonces, ¿qué ha pasado con los hombres en el ámbito de la sexualidad? Al parecer, para ellos el sexo ha adquirido otras connotaciones. Hoy en día tienden a asociarlo más con los sentimientos, rehuyéndolo si no se sienten enamorados, dando prioridad a la búsqueda del placer mutuo (incluso más preocupados por el placer de ella que el de él) y privilegiando la calidad de los encuentros íntimos por sobre la cantidad, siendo que esto último era lo que antiguamente se asociaba a la hombría. Efectivamente, antes los hombres depositaban en la sexualidad mucha de su definición de género; vale decir, se esmeraban en demostrar su virilidad en esta área presionando a una mayor frecuencia, siendo más bruscos o incluso «brutos».

Sin embargo hoy, a los ojos de muchas mujeres, ellos ya «no la llevan» en el sexo, eludiendo los besos pasionales, inventando excusas cuando ellas quieren tener relaciones sexuales, etcétera. Frente a alguna deficiencia en su desempeño

sexual, se paralizan y distancian, sin siquiera intentar buscar una solución. A modo de ejemplo: tras el coito, los hombres de hoy suelen preguntar a su pareja cómo lo pasó, a diferencia del antiguo ¿cómo estuve?

Esto puede responder a que ahora los hombres efectivamente aspiran a satisfacer a sus mujeres..., pero por motivos muy distintos a los de hace treinta años. Antes era por ego; hoy prima el miedo. En la actualidad se ha instalado una imagen de los hombres como pasivos e inseguros, obsesionados por rendir de forma *espectacular* ante ellas. Pero al mismo tiempo ellos le exigen a su mujer que tome la iniciativa con mayor frecuencia, que sea más directa y lo estimule activamente. No obstante, si ella cumple con todo eso, la acusa de hacerlo «masculinamente», de presionarlo y ser muy exigente. Se repite la historia. Ellas no debiesen ser ni tan entusiastas ni tan frías, ni tan decididas ni tan pasivas.

Pareciera que lo que ha ido surgiendo en los hombres es un temor a no satisfacerlas. Se enfrentan al coito con miedo a no acariciarlas bien, a ser objeto de críticas, a que ellas se enojen por su desconocimiento y con mucho temor a que, finalmente, los abandonen, en especial si tienen hijos. Lo que más les pesa, a fin de cuentas, es el creer que todo depende de ellos.

Muchas veces hemos escuchado cómo se quejan de que, si algo sale mal en una relación sexual, ellas los culpan. Pero si todo sale bien, no les dicen nada. Asimismo, en la consulta somos testigos de otro fenómeno reciente que los llena de confusión, miedo y culpa: jóvenes que tardan mucho en eyacular en vagina y/o son incapaces de hacerlo, sin causa orgánica alguna y sin temor a un embarazo.

Relacionado con lo anterior, Paul Verhaeghe ha llegado a plantear incluso que la sexualidad se ha impuesto como un *tecnicismo trivializado*⁵. Es decir, que los hombres posmodernos

habrían recibido una formación de tecno-amante, restringiendo el sexo a una *performance* en búsqueda nada más que de la excitación y el orgasmo, sin importar el medio para conseguirlo.

Como podrán imaginar, esta clase de sexualidad reduce el deseo a ciertos estímulos claves: la mera aplicación de técnicas y prácticas sexuales, creando la ilusión de que el propio cuerpo y el de la pareja son simples zonas erógenas. Este cuerpo cosificado es entrenado, excitado por medicamentos y otros artefactos, a fin de dejarlo sexualmente apto⁶. Pero nosotros nos preguntamos: ¿no será esta una concepción en extremo pragmática para algo tan complejo como lo es el funcionamiento sexual con la pareja?

¿Será que a la sexualidad posmoderna le hace falta pasión?

Por duro que suene, amor y sexo parecen ser dos tendencias humanas que, eventualmente, pueden entrar en conflicto. Hay veces en que se dan separadas y otras en perfecta comunión. Al respecto, Castaño plantea que algunas personas creen que se encuentran ante la inevitable disyuntiva de tener que escoger entre pareja estable o deseo sexual intenso⁷. Pero ¿tenemos necesariamente que elegir?

A nosotros como terapeutas no nos es extraño escuchar a hombres y mujeres que llevan muchos años en pareja decir que se sienten *encarcelados* dentro del compromiso, quejándose de que todo se pone aburrido y rutinario. Pero, a pesar de esto, reconocen que su relación les da estabilidad y la consideran un refugio seguro, un verdadero hogar.

Este dilema —por un lado, aspirar a vivir un deseo intenso y mágico, lleno de expectativas que les haga conseguir ese anhelado *gran orgasmo*; y, por otro, el sueño de construir un vínculo

afectivo sólido, de pertenencia y seguridad— está muy presente en las parejas actuales. Es dentro de este contexto que Castaño considera que el amor y el sexo se han convertido en la gran mentira y la gran verdad de los seres humanos en una sociedad que siempre aspira a más: más amor, más belleza, más juventud, más placer. Y continúa: este «amar estar enamorado» deja a las personas a merced del «deseo de desear y ser deseado», en una suerte de adicción ante un cuerpo por conocer⁸.

Entonces, en esta ansia por sentirnos perpetuamente enamorados con esa embriaguez propia de los inicios de una relación, cualquier sentir emocional o fisiológico que no alcance la intensidad imaginada, la interpretamos como una «falta de amor».

Así, hay quienes orientan y enfocan sus comportamientos sexuales en pos de lograr permanentemente esas sensaciones emocionales y físicas que, muchas veces, significan dejar de lado los afectos. Y con esto estarían implícitamente reconociendo que van a permanecer juntos solo mientras las ganas no desaparezcan, lo que puede contraponerse al proyecto de formar un futuro juntos. En otras palabras, se usan recíprocamente, presuponiendo que todo es transitorio⁹. Incluso otros recurren a un sexo virtual —sin tocarse— con un desconocido: sexo puramente impersonal.

De esta forma, cada vez más nos vamos enfrentando a un sexo trivial y frívolo, que evidenciaría una radical disociación amor/sexo. Pero, por otro lado, es como si tras un período de sobrevaloración de esa sexualidad disociada de sentimientos profundos, sobreexposición pública y promiscuidad, paulatinamente se haya ido produciendo una saturación que estaría generando un repliegue sexual o una «libido herida», en palabras de Camila Salgado¹⁰. Ya que, al no ser requisito estar en pareja para acceder al sexo, el vínculo afectivo se ha deslaminado y una sexualidad mecanizada puede llevar al embotamiento, la anhedonia y la impotencia. Así, dicha disociación

y saturación se reflejaría también en el fenómeno de apatía sexual, tan extendida entre los hombres jóvenes de hoy.

Como vemos, la disminución de la pasión, la falta de compromiso afectivo y la ausencia de proyectos a largo plazo van confirmando este vaciamiento del vínculo de pareja, debilitando a su vez la respuesta y la potencia sexual. Hoy se recurre, en ciertos casos, a la ayuda de estimulantes a fin de poner en marcha el sexo genital, sin deseo ni amor. Es paradójico, como podrán ver, que al tiempo que se esperan conductas sexuales liberadas por parte de las mujeres, ocurra este fenómeno de falta de pasión.

Y aun cuando un importante porcentaje de la población joven continúa buscando sexo sin compromiso ni afecto, queremos recalcarles que los hombres que nos consultan por DSH selectivo-relacional (DSHsr) no calzan con este modelo social imperante en la sexualidad actual. En efecto, nuestros pacientes no conciben su vida sexual si no están enamorados, buscando relaciones que les sean significativas, donde el compromiso sea la base fundamental para un proyecto futuro. El único pequeño detalle es que, cuando lo alcanzan, se les apaga la pasión. Muchos de ellos nos han confesado que prefieren usar pornografía o sexo virtual en vez de hacerle el amor a la mujer que aman y encuentran tan atractiva. ¿Por qué? Aparentemente, cuando la relación es de profundo afecto y compromiso, esta falta de deseo los prevendría de una entrega total, con lo que evitarían sentirse tan expuestos y vulnerables a sufrir si llegasen a separarse algún día.

Pero volvamos al tema. La tecnificación de la sexualidad se ha traducido en una pérdida de la capacidad de afectarse por la intimidad de lo erótico, aquella que justamente implica una involucración mayor con el otro. O, en palabras de Thomas Fuchs y Otto Dörr, la entrega puede ser sentida como un peligro para la insegura subjetividad posmoderna, al requerir

el erotismo la capacidad de abandonarse al deseo y aceptar el descontrol¹¹. Pero también es cierto que esta hipersexualidad actual no solo nos aleja del erotismo sino también del amor como experiencia corporal.

Y aunque parezca bastante desesperanzadora esta visión de los afectos y de la sexualidad en el mundo de hoy, quisiéramos que lo vieran como un llamado de atención. Esta descarnada radiografía psicosocial nos obliga a mirar la posición en que cada uno de nosotros se sitúa actualmente, preguntándonos lo siguiente: ¿será que falta aún un engranaje que complete la nueva distribución de roles en la pareja posmoderna?

¿Qué papel cumplen los mitos en las actuales problemáticas sexuales?

Gracias a la apertura que el paso de los años le ha dado a la sexualidad, no es novedad que todos estemos de alguna manera familiarizados con los mitos sexuales. Pero lo que muchos no se han detenido a pensar es que esta vasta mitología que la humanidad ha construido acerca de «cómo debe ser el sexo», está en directa relación con un sinnúmero de problemas y disfunciones sexuales. Y lo más insólito es que la gran mayoría de los afectados funciona sexualmente con absoluta normalidad, fisiológicamente hablando. Son las expectativas o creencias en este ámbito, entonces, las que están interfiriendo en las sensaciones y/o en la respuesta sexual propiamente tal.

Por tanto, como lo expresó Albert Ellis parafraseando a Epícteto, no son los hechos en sí los que afectan negativamente nuestro funcionamiento sexual, sino la interpretación que nosotros le otorgamos a dichos hechos¹². Entendiendo esto, y dado que las ideas y significaciones son especialmente importantes en nuestra vida sexual, se comprende que nuestro grado

de satisfacción subjetiva y, por ende, la calidad de nuestro funcionamiento sexual, se encuentre influido por las creencias culturales y por la mitología social que hemos desarrollado en torno a la sexualidad.

Para entender cómo la presencia de dichas construcciones y creencias ha contribuido a la complicación de los problemas sexuales, generando desilusiones, inhibiciones, rabias, traumas, miedos y la «ansiedad por el desempeño», nuestra consulta ha sido un lugar privilegiado de observación. A su vez, la masificación de los medios de comunicación ha jugado un rol muy relevante en la construcción de la mitología sexual actual. Somos asediados a diario por información acerca de lo que supuestamente es correcto o incorrecto, intentando convencernos de que *más es mejor*, de la existencia de puntos G, P u otras letras del abecedario, de que debemos ser siempre creativos y espontáneos bajo pena de caer en la «fatal» monotonía o rutina. Todo ello para meternos en la cabeza que podemos siempre tener más y mejor sexo, y alcanzar un rendimiento espectacular, basado en estos mitos tan cuestionables.

Pero no podemos achacar todos nuestros males a los medios de comunicación. Hay otros agentes que cooperan bastante en la construcción de estos mitos, siendo uno de los más importantes, vaya sorpresa, la conversación con nuestros pares. Así, los relatos y proezas sexuales de quienes nos rodean pueden, sin duda, contener no solo errores, sino ser francas mentiras que, al no ser objetadas, pasan en nuestra subjetividad a ser un parámetro silenciosamente validado.

Creemos formar parte de una «sociedad del conocimiento», pero tanto hombres como mujeres padecemos conflictos sexuales provocados, en alguna medida, por la ignorancia. Con esto, más debiésemos llamarnos una «sociedad del desconocimiento», plagada de nuevos mitos que nos exigen cada día más en nuestra vida sexual.

A continuación nos centraremos en aquellos mitos que, de una manera u otra, se han transformado en elaboradas expectativas de cómo debiéramos funcionar sexualmente, revisando también otros que aún permanecen y que son atingentes a los hombres que tienen problemas de DSHsr.

La mitología versus la experiencia cotidiana

- *El hombre debe saber cómo conducirse y no necesita aprender de su compañera* o, una variación más drástica del mismo, *cualquier varón sabe cómo darle placer a una mujer*. Al respecto quisiéramos ser muy enfáticos en una obviedad: nadie nace sabiendo. La sexualidad humana es una actividad conjunta, una constante construcción donde poco a poco la pareja se va conociendo e incorporando lo que al otro le da placer. Todo este proceso es una valiosa fuente de amor y complicidad.
- *El buen sexo ocurre naturalmente y solo requiere de dos personas que tengan buena química*. Aunque pareciera que al principio «hay buena química», como siempre el sexo se da en el contexto de una relación humana, y dada la complejidad y variabilidad de lo que nos produce placer, esta se logra más bien gracias a que la pareja trabaja coordinadamente por el placer de ambos.
- *El sexo debe ser espontáneo. Si es planeado no se disfruta igual*. Ante esto, como terapeutas podemos decirles que la planificación de la vida sexual y de la intimidad no afecta el disfrute y, además, como afirma Esther Perel, puede promover y activar el deseo¹³.
- *Antes de iniciar un acercamiento sexual, hay que sentir deseo y excitación. No se debe empezar una relación sexual si no se tienen*

ganas y si el hombre no tiene una erección. Esta creencia errónea la podemos cuestionar desde algunas distinciones que veremos a lo largo del libro, pero que podemos resumir en que cuando se comienza una relación sexual sin sentir ese deseo llamado «espontáneo», ante una adecuada estimulación surgirá el deseo que se conoce como reactivo o receptivo, produciéndose posteriormente la erección.

- *Por naturaleza los hombres tienen más deseo que las mujeres o los hombres están siempre listos para el sexo.* Estas aseveraciones tan comunes no han hecho más que llevarnos a serios equívocos, siendo especialmente significativas en los casos de DSHsr. Tengamos muy presente que cada hombre y cada mujer son distintos y, en cualquier persona, son muchos los factores de los que dependen las «ganas». Así, hoy vemos cómo muchas mujeres pueden presentar un deseo sexual mayor al de los hombres, respondiendo con igual prisa a los estímulos que un hombre. Y no solo eso: casi la mitad de las mujeres se excita de forma más rápida e intensa que el promedio de los hombres.
- *En relación con la sexualidad, el hombre debe ser más activo, rápido, eficaz y aventurado, pudiendo mostrar abiertamente su deseo sexual, ya que es signo de su virilidad. La mujer, por su parte, es más pasiva, pausada, receptiva y moderada.* Estas afirmaciones no son más que dimensiones de lo humano y ni la mujer ni el hombre han de atenerse a una u otra forma de ser. Pueden explorar ambas, siendo a veces más activos y otras más pasivos, intercambiando roles, como vemos actualmente, lo que le otorga flexibilidad a la pareja, dejándolos libres de los juicios, a la hora de mostrar su sexualidad..
- *El hombre siempre se excita cuando se enfrenta a una situación sexual. Por lo tanto, si no se excita en una situación que socialmente*

se ha señalado como sexual, quiere decir que es anormal o no funciona bien. Señalar que los hombres siempre quieren y están preparados para el sexo, obliga a un funcionamiento sin excepciones, cosa que es imposible. El hombre, al igual que la mujer, no siempre tiene ganas y no logra una erección rápida e infalible con solo ver a una mujer desnuda. Es cierto que la erección puede producirse rápidamente con pura estimulación visual, pero también ellos muchas veces requieren de una estimulación más directa, sin que ello signifique un mal funcionamiento.

- *Los hombres de verdad están siempre preparados para mantener erecciones firmes y duraderas.* Aun cuando muchos hombres quisieran que este mito falocéntrico fuese realidad, variados estudios sostienen que más de la mitad de los hombres entre 40 y 70 años ha tenido algún grado de dificultad eréctil debida a distintos factores. En efecto, los problemas de erección no solo afectan a hombres mayores ni tampoco se deben siempre a causas físicas. La dificultad eréctil suele estar asociada a una causalidad psicosociocultural, afectando a hombres jóvenes, de lo que somos testigos muy habitualmente en nuestra consulta.
- *El hombre que no consigue buenas erecciones no posee una adecuada capacidad sexual y jamás será un buen compañero sexual.* Frente a esto quisiéramos dejar muy en claro que la actividad sexual no depende únicamente del pene del hombre. Ya vimos cómo es perfectamente factible iniciarla aunque no haya erección, pero, además, no en todo encuentro íntimo ha de haber penetración. Al pensar que la penetración lo es todo, hombres y mujeres no están considerando que la sexualidad consiste en algo mucho más amplio, y aquí se pierde el rumbo. Porque el sexo no es sinónimo de coito, y

todo el resto de los intercambios sexuales no deberían estimarse solo como preliminares. Es el todo lo que configura el encuentro íntimo, la situación sexual. Para graficarles esto, en nuestra experiencia, no siempre nos invitan a cenar con toda la parafernalia, es decir, una entrada, un plato de fondo y un postre. Hay tantas oportunidades donde nos ofrecen un cóctel y lo pasamos tan o más bien que con la cena. Da para pensar...

- *El hombre debe aguantar la eyaculación hasta que la mujer haya tenido su orgasmo.* Con este mito subentendemos que el hombre debe prolongar la penetración lo más posible, pues, después de la eyaculación, la relación sexual termina. Aunque les sorprenda, se contradice con la realidad. La mayoría de los estudios demuestra que, biológicamente hablando, los hombres eyaculan pocos minutos después de iniciada la penetración¹⁴.
- *El sexo de calidad siempre termina en un orgasmo y una mujer normal debiera tenerlo durante la penetración.* Sin embargo, tanto en hombres como en mujeres estas creencias erradas implican una sobreexigencia al intentar ellas demostrar que sí son capaces de lograrlo (de donde deriva el fingir el orgasmo) u olvidándose ellos de sí mismos para que la mujer lo consiga. Así, los datos apuntan a que cerca de un tercio de las mujeres no alcanza el orgasmo simplemente mediante la penetración, siendo necesario estimular adecuadamente el clítoris, ya sea por masturbación, juguetes sexuales, sexo oral, etcétera¹⁵. Respecto de esto, sin pretender restarle importancia al orgasmo, diversos estudios sostienen que el bienestar emocional y la relación afectiva con la pareja parecen seguir siendo aspectos fundamentales para que las mujeres vivan una sexualidad satisfactoria¹⁶. En efecto, al

sopesar estas variables en la evaluación subjetiva que ellas efectúan, ambos elementos superan a factores fisiológicos como el orgasmo o la excitación.

En cuanto a los hombres, como lo comentamos, un nuevo problema que observamos en la consulta es que algunos jóvenes tienen dificultad para eyacular en la vagina, ya sea porque se «demoran mucho» o porque simplemente no logran alcanzar el orgasmo. Estos fenómenos parecen estar asociados con alteraciones emocionales producto de ciertas dinámicas propias de esa relación de pareja en particular. Y tan nuevo es este fenómeno que existe escasa literatura sobre el tema.

- *El hombre tiene que satisfacer a su pareja, mientras que la mujer debe esperar pasivamente a que el hombre le proporcione su orgasmo.* Al respecto, citamos a un paciente: «Ella cree que yo soy un dispensador de orgasmos. Que es tan fácil como poner quinientos pesos para que funcione la maquinita del sexo». Efectivamente, al hombre no le corresponde ser el responsable del placer de su mujer. En pareja, ambos son igualmente responsables de su propio placer, ambos dan y reciben, ambos son dueños de su cuerpo y han de hacerse cargo de realizar lo que crean necesario para alcanzar el placer que buscan, incluyendo la masturbación.

El problema es que el mito anterior da pie a que los hombres piensen que *si ella no lo pasa bien, es por mi culpa*, considerando como su deber, además de iniciar la relación sexual, mantener todo el tiempo un rol activo, guiar a su compañera y lograr que ella disfrute al máximo logrando «mínimo» un orgasmo gracias a su erección siempre firme y a su capacidad de controlar su eyulación. Dichas ideas se originan de otra creencia: *la mujer debe ser pasiva en el sexo*, pero, como vemos en los casos de DSHsr, estas expectativas

perjudican a ambos, aunque más directamente a los hombres, llevándolos a evitar el sexo con su mujer por el temor de ser objeto de críticas o de sentirse culpables.

- *Si el amor es verdadero, el sexo siempre será maravilloso.* El amor, lamentablemente, no es omnipotente así es que no garantiza una vida sexual satisfactoria, pues, como hemos dicho, la sexualidad implica un lento proceso de aprendizaje así como un entendimiento de la reciprocidad en dar y recibir placer.
- *Si no hay innovación y variedad en las relaciones sexuales surge el aburrimiento e incluso la infidelidad.* Ricardo Caponni acota al respecto que esto es igual a pensar en una sexualidad ilimitada, lo que no es así¹⁷. Las prácticas sexuales son finitas y las variaciones escasas debido a las limitaciones físicas propias del cuerpo. Lo fundamental del placer sexual está en la intimidad emocional, la confianza y seguridad de una pareja que se conoce bien.
- *Si el sexo funciona bien, entonces todo irá bien en la relación de pareja.* Por más que quisiéramos creerlo, la sexualidad es solo un área de la vida en pareja y no porque funcione mal la relación también el sexo funcionará mal (o viceversa). Con esto no queremos decir que tenga una relevancia secundaria, ya que nos hace sentir amados, en confianza y cómplices, al tiempo que la ausencia de sexo puede asociarse a una sensación de apatía respecto del otro e incluso a falta de afecto. No debemos olvidar que el sexo favorece la secreción de oxitocina, ayudando a la sensación de apego y a la plasticidad neuronal.

CAPÍTULO IV

¿Cuál es el rol del sexo en la pareja actual?

Cuando las cosas no van bien en la cama, tampoco van
bien en la sala de estar.

WILLIAM H. MASTERS

Problemas sexuales y separación: ¿qué es primero, el huevo o la gallina?

Desde mediados del siglo xx hasta la fecha, se han efectuado numerosos estudios que analizan los distintos temas de la relación de pareja; por ejemplo, sobre la afectividad y la comunicación. Entre estos ámbitos, el sexual se ha considerado tradicionalmente como una piedra angular, constituyendo uno de los tres pilares básicos que conforman a la pareja¹. Pero, a pesar de los avances en sexología y medicina sexual de los últimos años, las falencias metodológicas no nos permiten aún alcanzar resultados concluyentes, ya que los estudios se han hecho partiendo desde una perspectiva individual y se han centrado en lo conductual, obteniendo solo una serie de datos cuantitativos en torno a diversos aspectos sexuales concretos, pero sin tomar en cuenta la importancia subjetiva que

la pareja le asigna a su vida sexual. Y, como ya dijimos, cada persona y cada pareja vive la sexualidad de un modo diferente, estableciendo tantas significaciones disímiles como relaciones existan; de ahí la dificultad de llegar a conclusiones generales. Solo a modo de ejemplo, mientras para algunos lo básico en la actividad sexual es el placer físico, otros priorizan el componente emocional. Sin embargo, existen ciertas tendencias generalizadoras, a saber: la mayoría de la población vive en pareja o desearía vivir en pareja; otra: un gran número de personas sostiene que el sexo ocupa un lugar preferencial tanto en sus vidas como en su relación de pareja (especialmente entre los casados), afirmando que llevar una vida sexual placentera aumenta su calidad de vida.

En este punto queremos destacar aquellos matrimonios con más de veinticinco años juntos y que se autodefinen como «felices». Ellos dicen que la sensación de cercanía es un aspecto imprescindible en su satisfacción marital y que, en esta, una vida sexual satisfactoria es esencial². Por otro lado, la intimidad emocional ha probado ser más significativa que el deseo sexual, aumentando su importancia a medida que pasan los años y avanza la relación³.

De forma similar, otros hallazgos dan cuenta de que la relevancia que la pareja le asigna a su vida sexual no disminuye con los años, sino que permanece relativamente constante. De lo anterior podemos deducir que el sexo tiene un potencial evolutivo y puede ser incluso más satisfactorio con el correr de la convivencia, no solo al principio de la relación, derribando así uno de los mitos clásicos imperantes en nuestra sociedad.

Con esto, y contestando a la pregunta que da pie al capítulo, concluimos que la sensación de satisfacción sexual está positivamente correlacionada con el nivel general de felicidad o bienestar individual, con la complacencia subjetiva de estar en pareja y con la estabilidad de la relación tanto en hombres

como en mujeres. Es más, incluso matrimonios con hijos pequeños, finanzas inestables y horarios extenuantes, atribuyen parcialmente a su placentera vida sexual la fortaleza del lazo que los une como parejas.

Por su parte, otros estudios muestran que las personas más felices son aquellas que están casadas y que practican aproximadamente un 30 por ciento más de relaciones sexuales anuales que la población general⁴. Por tanto, como vemos, el bienestar subjetivo sumado a la actividad sexual que practican, juegan un rol significativo en el nivel de bienestar personal y en el ajuste diádico de la pareja. Al caso, una investigación reciente realizada en Estados Unidos arrojó que uno de los predictores más importantes en torno a la felicidad conyugal era una vida sexual satisfactoria⁵. Lo que no obsta el que algunos puedan sentirse satisfechos con su relación de pareja, aunque no lleven una vida sexual satisfactoria.

Así, las teorías neurobiológicas nos aclaran cómo el placer sexual hace las veces de refuerzo natural del vínculo al postular que, cada vez que la pareja vive un encuentro sexual satisfactorio, se libera tal cantidad de oxitocina en el cerebro y en el cuerpo que se incrementa la sensación de unión, pertenencia y seguridad entre ellos. Y es así como se entiende que «mientras más sexo satisfactorio tenga una pareja, mayor será el vínculo, la cercanía y el apego entre ambos», sintiéndose, por ende, más felices con su relación.

Para entender estas tendencias debemos tener presente que la experiencia erótica es mucho más que una simple interacción genital, pues, como decíamos, es un fenómeno más cercano a lo que conocemos como intimidad emocional. Es decir, en ella adquiere una importancia central la expresión de nuestras emociones, la vinculación afectiva, la complicidad y una forma tan íntima de comunicación que permite sentir tal confianza que nos atrevemos a expresar nuestros miedos,

mostrarnos vulnerables (el metafórico *abrirnos al otro*) y pedir ayuda sin temor a sentirnos juzgados. Y tal vez más interesante aún es el tomar conciencia de que no solo somos seres sexualmente activos al momento del coito, sino también al tocarnos, besarnos, abrazarnos e incluso cuando nos reímos y nos divertimos juntos. En otras palabras, una vida sexual positiva e integral supone una gratificación más elevada y completa que aquella alcanzada únicamente a nivel biológico.

Para la comprensión del grado subjetivo de satisfacción sexual es muy importante el aporte de la Teoría del Apego, la que, de forma resumida, se enfoca en el modo de relacionarnos afectivamente que aprendimos mientras fuimos niños. A modo de ilustración: las personas con un estilo de apego inseguro tienden a mostrar menores niveles de satisfacción sexual, aunque para los inseguros *ansiosos* el sexo es más preponderante que para los inseguros *evitativos*. Los individuos que gozan de un *estilo seguro de apego*, en cambio, tienen experiencias sexuales más positivas, mayor satisfacción en su relación de pareja, mayor conformidad con su sexualidad y una mayor apertura con respecto a quien tome la iniciativa, así como a explorar y disfrutar de una gama más variada de actividades sexuales⁶.

Sabemos que en el papel esto suena idílico, pero ¿cómo es la sexualidad de aquellas parejas satisfechas con su relación? Veamos lo que ellas señalan acerca de su matrimonio y de su vida sexual:

- sus relaciones sexuales son relativamente frecuentes;
- no emplean la sexualidad como arma de manipulación;
- no emplean la sexualidad como solucionador de conflictos;
- no están predispuestos a tener sexo con otras personas;
- no suelen rechazar sexualmente a su pareja si él/ella los busca;
- y si sus avances son negados, son tolerantes y comprensivos⁷.

Incluso, las parejas de larga data van más allá al decir que el sexo fue, es y sigue siendo una manifestación de sensualidad, pasión, ternura, afecto, amor y juego, afirmando que un estado de satisfacción sexual les ayuda a mantener viva la ilusión, los lleva a querer acercarse al otro y contribuye a las ganas de resolver las dificultades que pudiesen existir en otras áreas de la relación.

Por el contrario, cuando aparece la frustración sexual y las disfunciones sexuales en las parejas, tanto los individuos como la relación se ven afectados, repercutiendo sobre otros ámbitos de la interacción. Por esto, una insatisfacción sexual que se arrastra por un largo período de tiempo, por ejemplo, se ha asociado con una percepción negativa del otro y de la relación de pareja como un todo, a la par de presentar una disminución del bienestar subjetivo personal y la aparición de problemas de salud física y emocional (específicamente cuadros depresivos), inercia y apatía en la comunicación, sensación de rutina y aburrimiento, entre otras variables negativas que van minando la sensación de intimidad y confianza. Sobre el tema, la mayoría de los afectados opina que, con el tiempo, estas fallencias hacen surgir las críticas y los reproches, conduciendo muchas veces al rompimiento de la pareja.

Pero, ¿qué es primero? ¿Es la satisfacción sexual la que incrementa un vínculo positivo en la pareja o es el vínculo positivo el que lleva a la satisfacción sexual? Una vez más, nos vemos obligados como terapeutas a reconocer que las respuestas aún no son definitivas, por más que los datos apunten a que si alguien está descontento con su relación de pareja, ciertamente le será más difícil sentirse conforme con su vida sexual. A la vez, si la persona sufre alguna frustración sexual, es más probable que le cueste percibir su matrimonio como satisfactorio, influyendo la una en la otra.

Con esto podríamos deducir que, en teoría, la insatisfacción subjetiva en cualquiera de los dos ámbitos terminará

afectando al otro. Sin embargo, solo se han encontrado limitadas evidencias que apoyen la hipótesis acerca de cambios negativos en la satisfacción marital que lleven a alterar la satisfacción sexual, o la hipótesis de que cambios en la satisfacción sexual conduzcan a alteraciones en la satisfacción marital. A pesar de ello, hay suficientes datos como para asumir que la calidad de la comunicación íntima contribuye de forma relevante al grado de satisfacción con el matrimonio y la vida sexual⁸.

Con esto dicho, ¿podemos afirmar que es tan decisiva la insatisfacción en el área sexual como para aumentar la probabilidad de divorcio? Al respecto, nos encontramos con que las evidencias empíricas apuntan a que el bienestar sexual contribuye tanto a la calidad —expresada en sentimientos de amor y expresividad emocional— como a la estabilidad marital⁹.

Un estudio ya clásico sobre el tema, dirigido por Denisse Donnelly, concluye que la felicidad marital y el compartir actividades están inversamente relacionados con la probabilidad de menor actividad sexual y separación de la pareja. En otras palabras, a menor felicidad marital y actividades conjuntas, mayor la posibilidad de que cese la vida sexual y de que la pareja se termine separando¹⁰.

Al entender esto aparecen interesantes diferencias por género al indicar que, por ejemplo, la satisfacción de los hombres con una temprana intimidad física tiene un efecto positivo en la perdurabilidad de la unión. A su vez —no mucho tiempo ha— era casi de Perogrullo afirmar que para ellos era vital mantener una vida sexual activa. Pero hoy muchas mujeres confiesan también, sin empacho alguno, esta misma necesidad, afirmando que las hace sentirse bien y que influye positivamente en su autoestima y en su satisfacción personal. Es más, reconocen que sin placer sexual se sienten *necesitadas*, nerviosas y frustradas, al tiempo que los «hombres nuevos»

van poco a poco admitiendo que necesitan más demostraciones de afecto que propiamente sexo.

Luego, esta misma autora plantea con respecto a la frecuencia de las relaciones sexuales, que la satisfacción marital está asociada a una mayor asiduidad. Es decir, aquellas parejas que le *pelean* a los horarios, fatigas y preocupaciones laborales, superando las dificultades cotidianas, evidencian niveles más altos de felicidad en su relación de pareja. Del mismo modo, a medida que la actividad sexual se distancia, mayor es la inestabilidad, sobre todo desde el punto de vista masculino, quienes declaran sentirse más contentos con su matrimonio cuando es mayor la frecuencia en las relaciones y menor la cantidad de masturbación. En las mujeres, por su parte, una sexualidad plena va ligada más al afecto positivo hacia el cónyuge, al bienestar emocional y al placer que a la frecuencia. Eso sí, día a día somos testigos en la consulta de que la asiduidad sexual está siendo especialmente significativa en la satisfacción de ellas con su pareja, afirmando que, mientras más placenteras y frecuentes sean estas, más seguido quieren mantener relaciones sexuales. En otras palabras: el placer sexual alimenta el deseo.

En contraste, en los casos extremos —como llama Brenda Brunner a los «matrimonios sin sexo» (menos de diez coitos al año)—, la casi nula actividad y la insatisfacción sexual son casi siempre indicadores de problemas serios en la pareja¹¹. Dichos matrimonios no hablan de sexo, indicando así que no reconocen los símbolos y mensajes que denotan interés en el coito, dedicándose, en cambio, a perseguir metas comunes que les son más importantes.

Aun con todo esto dicho, John Gottman llega a la conclusión de que no existen pruebas suficientes como para sostener que la mera frecuencia de la actividad sexual mejore la calidad de la relación de pareja, implicando que la satisfacción

sexual depende más de la calidad que de la cantidad¹². Pamela Regan, por su parte, informó que el deseo sexual era un componente más importante en la estabilidad marital que la actividad sexual en sí, al decir que mientras mayor era el deseo por la pareja, menos se pensaba en terminar la relación¹³. Por el contrario, a menor deseo mayor probabilidad de inestabilidad o infidelidad¹⁴.

En la consulta hemos observado en los pacientes dados de alta que, desde que reanudaron una frecuente vida sexual, la tensión individual y los conflictos de pareja disminuyeron; además, como no quieren ya privarse de tener sexo con su pareja, tratan de estar bien con el otro.

En conclusión, existe consenso en que el sexo es un pilar fundamental de la relación de pareja, más allá de los sentimientos y de la comunicación, siendo un vínculo que los une poderosamente y que representa una forma de estar en pareja que es, cualitativamente muy diferente a como se puede estar con otras personas. Pero no todos los problemas de convivencia se solucionan gracias a una placentera vida sexual ni tampoco la mayoría de las desavenencias se deben a una frustración sexual. Nada en esta vida es tan simple, aunque como seres humanos podemos aprender a hacernos la vida menos complicada.

¿Qué entendemos como inteligencia sexual?

Cuando hablamos de una vida sexual sana nos referimos a que, en la medida en que la sexualidad impregna múltiples ámbitos de nuestra vida, se generan beneficios biológicos y psíquicos en nuestro estado de salud, tanto física como mental. Gracias a esto, es interesante notar que fue recién a fines del siglo xx cuando comienza una avalancha de mensajes apuntando a que

el sexo era algo *bueno* y que *mientras más, mejor*. A la vez, la población empieza a autoobservarse y a evaluar su vida sexual, llegando a sentirse inadecuada al compararse con estos nuevos parámetros, aumentando entonces el número de personas que acuden al sexólogo. Sobre el caso, la OMS entrega una serie de definiciones fundamentales, partiendo por lo que hoy en día se entiende como *sexualidad humana*, apuntando a un fenómeno que va más allá de lo que comúnmente entendemos por sexo¹⁵, situándolo como un aspecto central presente a lo largo de toda la vida y que abarca desde la identidad de género y la orientación, hasta la reproducción y la actividad sexual, el erotismo, el placer, e incluso ciertas emociones y vínculos afectivos. Haciéndolo más complejo aún, se agrega que la sexualidad de cada persona es única y que viene determinada por la anatomía, fisiología, psicología y por el contexto cultural, social, político y económico, así como por las relaciones con los otros y las experiencias madurativas de cada quien, otorgándole un rol central a las emociones.

En otras palabras, al referirnos a una sexualidad sana hablamos de un proceso de bienestar, lo cual no supone solamente una ausencia de trastornos orgánicos u otros malestares, sino también una ausencia de sentimientos de miedo, vergüenza, culpabilidad y otros factores psicológicos negativos que inhiben la reacción sexual y que perturban las relaciones sexuales.

A su vez, la salud sexual se insertaría dentro de los derechos humanos en general, implicando que debe existir la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, sin coerción, violencia o discriminación, amén de respeto, protección y satisfacción de los derechos sexuales de todas las personas. Así, actualmente se considera que la sexualidad cumple una serie de funciones para el ser humano, muy ajenas al mero rol reproductivo¹⁶. Entre las más relevantes está la búsqueda de placer (no solo por la excitación y el orgasmo, sino

también el placer de dar, recibir y comunicarse dentro de una relación sexual positiva y satisfactoria) y la protección ante factores negativos como el estrés (al relajarnos física y psicológicamente, gracias a las sustancias químicas que liberamos durante el acto y, especialmente, al momento del orgasmo).

Así, una sexualidad sana implicaría variados aspectos. A saber:

- conocimiento, valoración y aceptación del propio cuerpo;
- aceptación de que cada persona pueda expresarse y realizarse tal como es y de la manera que prefiera, sin limitar su potencial humano;
- poseer una concepción desinhibida, afectuosa y lúdica de la sexualidad;
- comprensión de que somos todos diferentes y de que, por lo tanto, tenemos gustos y preferencias disímiles;
- capacidad de expresar estas preferencias;
- respetar las preferencias del otro.

Al comprender esto, diremos que la inteligencia sexual es una habilidad tanto innata como aprendida, formando parte de la inteligencia general y de la inteligencia emocional, la cual nos permite visualizar la sexualidad humana como una compleja condición complementaria del ciclo vital y que, por tanto, implica un crecimiento y un aprendizaje de diversas habilidades. Así, aquellas personas con un alto grado de inteligencia emocional y sexual, prefieren una relación monógama con compromiso afectivo, asumiendo que cada uno es responsable de su propio placer¹⁷.

En resumen, la inteligencia sexual estaría constituida por los siguientes componentes: sabiduría sexual (o el conocimiento adecuado acerca de la sexualidad humana que nos permite conocer los mitos y tabúes eróticos provenientes de la religión, la tradición familiar y la sociedad), conciencia del

yo sexual, empatía y conexión sexual para comprender el yo sexual de nuestra pareja.

¿Cuáles son los beneficios de una sexualidad frecuente y satisfactoria?

Se ha comprobado que el celibato no es que alargue la vida, sino que hace que la vida parezca más larga.

ANÓNIMO

El nacimiento de la sexología, especialmente con el surgimiento de la medicina sexual, posibilitó un estudio más profundo acerca de los efectos de la actividad sexual sobre nuestro organismo. Las creencias al respecto han ido literalmente variando, al considerar la historia de la humanidad, de un extremo al otro.

Así, por ejemplo, algunos filósofos clásicos de la Antigüedad suponían que con cada orgasmo se reducía nuestra longevidad, aunque al mismo tiempo otros creían que el coito era un don positivo para la salud al habérselo sido entregado por los dioses. Luego, en los inicios de la tradición judeocristiana, tiempos en que se renegaba del placer y la única función del sexo era su rol reproductivo, fueron emergiendo una infinidad de mitos —muchos de los cuales revisamos en el capítulo anterior—, que principalmente advertían de supuestos efectos negativos, ya sean físicos o espirituales. Pero, como podrán imaginar, siempre ha habido espacios históricos, como en el clasicismo, en que se invocaba el espíritu de los griegos.

En los últimos años, distintas disciplinas han realizado estudios puntuales, concluyendo que la actividad sexual sería beneficiosa para la salud. Tanto es así, que hoy nos situamos en el extremo de este dogma al creer que el sexo es una panacea

pletórica de efectos benéficos para nuestro cuerpo, mente y espíritu. Por esto, no es extraño toparse en la prensa con artículos de divulgación con títulos tan rimbombantes como *El sexo alarga la vida*, *El sexo rejuvenece* o *El sexo embellece*. Pero una vez más debemos apelar a la cautela, evitando caer en la tentación de pensar que un sexo satisfactorio solucionará todo problema físico o psicológico. Esto, porque las investigaciones suelen ser proclives al cuestionamiento debido a diversas fallencias metodológicas como son el basarse en los recuerdos o en la honestidad de los sujetos. El caso es que no se ha logrado diferenciar adecuadamente entre causa y efecto. Por esto, ¿es el sexo el que hace más sana a la gente o es la gente sana la que tiene más sexo?

La mayoría de los estudios recientes coinciden al señalar que sí existen ciertos beneficios físicos y psicológicos asociados a una actividad sexual satisfactoria, regular y frecuente con la pareja estable¹⁸. Es más, los efectos positivos son mayores si se tiene actividad sexual dos a tres veces por semana y si se alcanza el orgasmo. A modo de evidencia, se ha comprobado que las personas casadas viven proporcionalmente más años y presentan un menor riesgo de depresión. De formar similar, aquellos hombres que practican el sexo menos de una vez al mes tienen el doble de probabilidades de morir en los próximos diez años en comparación con aquellos que tienen relaciones sexuales una vez a la semana. Y si la frecuencia es mayor, mayor es también la expectativa de vida. En tanto, los hombres que reportaron tener veintiuno o más relaciones sexuales al mes, tienen una menor probabilidad de contraer cáncer de próstata frente a quienes tienen entre cuatro a siete encuentros. Igualmente, en el caso de las mujeres, aquellas que dicen disfrutar de su vida sexual, viven de siete a ocho años más en comparación con quienes reconocen que el sexo les es indiferente.

Por otra parte, la masturbación masculina también sería beneficiosa hasta cierto punto al reducir el riesgo de cáncer de próstata. Esto se debe a que los desórdenes prostáticos son causados, o empeoran, como resultado de una acumulación de secreciones. Por tanto, gracias a una eyaculación frecuente, se elimina el virus que puede generar tumores. Por el lado de las mujeres, tenemos que el número de orgasmos está inversamente relacionado con el riesgo de cáncer de mama, y que, curiosamente, la relación con la promiscuidad también es inversa en ambos géneros: cuantas más parejas sexuales se tengan, mayor es el riesgo de desarrollar cánceres (cervicales, anales, penianos, entre otros), asociados todos con enfermedades de transmisión sexual.

Pero si nos enfocamos en los aspectos positivos generales de la actividad sexual, veremos que muchos de ellos son tan evidentes que no requieren de pruebas científicas. Primeramente, notamos una sensación de relajación y de saciedad; también hay repercusiones favorables en la capacidad respiratoria, el sistema cardiovascular e inmunológico y, especialmente, contrarresta el estrés. Luego, hay sensaciones o efectos más subjetivos, como es el caso de una apariencia más lozana y juvenil, presentar una mejor salud y una mejor calidad de vida. Y esto se explica dado que la actividad sexual aumenta la movilidad de los músculos, otorgando energía física, sensación de agilidad y vitalidad, reafirmando de paso los glúteos, muslos, vientre, brazos, cuello, tórax, músculos pélvicos y mejorando la postura corporal. También, gracias a la sudoración y al mayor flujo sanguíneo, se limpian los poros y se hidrata la piel. Además, y como si esto fuera poco, la actividad sexual tiende a equilibrar el colesterol bueno con el malo, al tiempo que reduce el exceso del mismo del cuerpo. Por todo lo anterior, a pesar de que los resultados son relativamente modestos en comparación con otro tipo de ejercicio, se ha llamado al

coito *el mejor aparato de ejercicio jamás inventado*. Pero, ¿qué es lo que ayuda a que esto ocurra?

Una visión sistémica nos puede ayudar a comprender cómo es que se producen todos estos efectos positivos. El cuerpo es un sistema integral compuesto por elementos que se influyen los unos a los otros de forma constante. En consecuencia, si alguno de los componentes experimenta un efecto beneficioso, necesariamente beneficiará a los restantes. Dicho de otra forma, si todas nuestras funciones biológicas trabajan adecuadamente (incluyendo la sexual y la afectiva), se generará un círculo virtuoso en nuestra calidad de vida en general. Pero todo esto es posible siempre y cuando llevemos un estilo de vida regido por hábitos sanos, ya que hay que tener claro que, primero, se debe gozar de una buena salud para poder gozar bien del sexo.

¿Qué efectos positivos se observan en nuestro funcionamiento neurohormonal?

Tras exponer los beneficios nombrados, adentrémonos un poco en el detalle. Como sabemos, el coito es considerado un ejercicio aeróbico bastante completo, pero también influye de forma positiva en nuestro ánimo y bienestar, principalmente gracias a la liberación de la endorfina u *hormona de la felicidad*, como comúnmente se la llama. Es por ella, por ejemplo, que quienes tienen relaciones afectivas y sexuales satisfactorias se sienten anímicamente mejor que quienes no las tienen, porque, a fin de cuentas, las relaciones sexuales son emociones positivas vinculadas al bienestar general y a la longevidad. A su vez, al ser un ejercicio físico, el coito lleva a que nuestro sistema nervioso prepare al organismo para una acción intensa, estimulando la actividad de ciertos órganos e incrementado la secreción de

una serie de hormonas a lo largo de todo el proceso sexual. Por esto, a partir ya de los besos y a medida que aumenta nuestro estado de excitación, los ovarios o testículos y la corteza suprarrenal estimulan la producción de hormonas y la actividad de los neurotransmisores. Así, el cerebro comienza a enviar señales desde el centro del dolor para que se ponga en marcha la neurotransmisión dopaminérgica del *sistema de recompensa*, presentando efectos placenteros y analgésicos.

Por ejemplo, al referirnos específicamente a los beneficios de los besos eróticos, notamos ya una serie de reacciones químicas que se desencadenan, como lo son las mejillas sonrosadas, la aceleración del pulso y la dilatación de las pupilas. Esto responde directamente a la liberación de dopamina, adrenalina, noradrenalina, feniletilamina, oxitocina y serotonina¹⁹. Y mientras más apasionados son los besos, mayores son los provechos para nuestro organismo. Solo a modo de muestra, ciertos estudios han ido más allá aún al afirmar que el simple beso de despedida matinal está asociado a una mejor salud, menor ausentismo laboral, disminución de los accidentes de tráfico y mayor longevidad²⁰. ¿Será esto así? Ciertamente deben conjugarse una serie de factores, pero sí podemos decir que al besar se secreta testosterona, la cual aumenta nuestra apetencia sexual y, como vimos anteriormente, nuestros pacientes con deseo sexual hipoactivo (DSH) selectivo, al evitar los besos, se privan de esta fuente de estimulación del deseo, siendo muchas veces una piedra fundacional al tratar el problema que les aqueja.

Luego, al dar un paso más en la fase de excitación, las principales sustancias que se secretan y sus reacciones son:

- **Testosterona** (hormona mayoritariamente masculina), la cual mantiene la libido activa y favorece la erección y la producción seminal; ayuda a la formación de masa

muscular; incrementa la fuerza de los músculos, fortalece los huesos; disminuye la grasa abdominal; incrementa la energía y favorece la cognición. Además, tiene propiedades antidepresivas, mejorando el humor y disminuyendo la irritabilidad y la angustia.

- **Estrógeno** (hormona mayoritariamente femenina): tiene efectos similares a la testosterona con respecto al estado de ánimo, presentando además una reducción del apetito; un aumento en el volumen de los pechos; le otorga brillo y suavidad al cabello y tersa la piel volviéndola más lozana y flexible (quizá por esto la mujer sexualmente activa aparenta menos edad de la que tiene).
- **Dehidroepiandrosterona** (DHEA) u hormona del crecimiento: su nivel en la sangre aumenta cinco veces durante el orgasmo, promoviendo la energía sexual y lentificando el envejecimiento, siendo su principal función ayudar a la circulación y dilatación arterial.
- **Óxido nítrico** (NO): vasodilatador que mejora la circulación sanguínea y que posibilita la erección y la lubricación.
- **Adrenalina** (ADR): incrementa la tensión arterial y el ritmo cardíaco, con lo que se mejora el sistema respiratorio y la circulación de la sangre hacia todo el cuerpo (especialmente hacia la zona genital), siendo muy beneficiosa a nivel cardiovascular.
- **Noradrenalina** (NOR): compartiendo funciones con la dopamina, presenta efectos parecidos al alcanzado mediante el consumo de anfetaminas: una agradable sensación de bienestar, haciéndonos sentir deseo, excitación, placer y goce, aliviando el dolor, liberando estrés y ansiedad, y entregándonos energía.
- **Dopamina** (DA): activa los *centros de recompensa* y, junto a la testosterona, actúa como antidepresivo.

- **Oxitocina** (OT): es una hormona asociada al afecto y la ternura, y por ende favorece el apego afectivo al inhibir el funcionamiento del cortisol, gracias a lo cual experimentamos una reducción del miedo, además de favorecer las contracciones del orgasmo, relajar la tensión de los vasos sanguíneos y calmar los dolores.
- **Feniletilamina** (FEA): similar a la OT, ha sido calificada como *el químico del amor* al elevar la energía, el humor y la atención.
- **Serotonina**: secretada en gran cantidad al alcanzar el orgasmo, contribuye a la sensación de bienestar, aliviando temporalmente los síntomas depresivos.

Como habrán podido apreciar, estas sustancias trabajan en conjunto y se potencian unas a otras. Sin embargo, si bien muchas de ellas se liberan un tanto durante la fase de excitación, es al momento del orgasmo cuando lo hacen en grandes cantidades. Por tanto, si se practican relaciones sexuales pero no se alcanza el orgasmo, los beneficios obtenidos no son los mismos, ya que estaríamos perdiendo el efecto positivo que nos entrega el caudal de neuroquímicos secretados, como también el de las contracciones y de la eyaculación.

Al ver los efectos beneficiosos específicos de las contracciones orgásmicas, nos encontramos con que los movimientos de contraer y aflojar fortalecen los músculos del piso pélvico y son una condición vital para prevenir la incontinencia urinaria vaginal. Es también gracias a ellas que somos capaces de bombear oxígeno a todos los tejidos, con lo cual mejoramos el flujo de nutrientes hacia la piel.

En resumen, fuera de las connotaciones afectivas y eróticas, tanto la excitación sexual como el orgasmo tienen una serie de efectos positivos para nuestra salud física y psicológica, que pasamos a enumerar:

- favorecen la flexibilidad, fuerza y tono muscular;
- mejoran la capacidad respiratoria;
- benefician el sistema cardiovascular e inmunológico, protegiéndonos de infecciones y previniendo el desarrollo de enfermedades, especialmente cancerígenas (tracto vaginal y próstata);
- disminuyen la posibilidad de aparición de artritis y osteoporosis;
- alivian los trastornos asociados a la menstruación, menopausia e infertilidad;
- regulan los ciclos menstruales;
- actúan como analgésico;
- previenen la demencia (al estimular la formación de nuevas neuronas);
- elevan la autoestima;
- estimulan la creatividad;
- promueven el autoconocimiento y revitalizan;
- palian los sentimientos de soledad y abandono;
- contrarrestan los síntomas depresivos, de estrés y ansiedad.
- La suma de todo esto nos haría proyectar una imagen más juvenil, y posiblemente alarga y mejora nuestra calidad de vida en general.

Pareciera entonces que una actividad sexual placentera, regular y frecuente dificulta la posibilidad de que se pongan en marcha ciertos factores dañinos que, a la larga, pueden conducirnos a afecciones cardiovasculares u a otras enfermedades. Según Helen Fisher, por ejemplo, existiría incluso una asociación positiva entre una satisfactoria vida sexual y un mejor desempeño profesional, ya que, por ejemplo, la liberación final de OT y vasopresina posorgásmica eleva nuestra habilidad para trabajar en equipo al generar sentimientos de confianza, apego y calma²¹.

¿Existen consecuencias asociadas a la falta de actividad sexual?

Finalizando este capítulo y antes de entrar de lleno a la pregunta recién planteada, quisiéramos dejar bien en claro que el hecho de que existan beneficios relativos a una vida sexual satisfactoria, no implica que por esto estemos protegidos de todo tipo de trastorno o enfermedad. Tampoco buscamos incitar una sensación de obligatoriedad con respecto a la práctica del sexo para estar sanos, lo que anhelamos es que logren comprender que lo más importante es la satisfacción y el significado que atribuimos, cada uno como individuo, a las relaciones sexuales. Es decir, que si ustedes están teniendo sexo con una frecuencia que es compatible con lo que es y desea, pues bien, eso sería lo saludable.

Dicho esto, quisiéramos adentrarnos en la otra vereda de la materia: la falta de actividad sexual. Sobre el tema, mucho se ha especulado acerca de sus potenciales efectos negativos²². Lo que sucede es que todo mamífero presenta ciertas tendencias en su actividad hormonal, gracias a las cuales asegura ciertos objetivos evolutivos y la crianza segura de los descendientes. Por esto, cuando la actividad sexual desaparece o se reduce, se ha observado que, fuera de la privación de los beneficios biológicos que genera, ocurren ciertas modificaciones orgánicas que, eventualmente, afectarían la salud. Al respecto, se ha constatado:

- atrofia genital;
- aparición de inexplicables molestias en el tracto digestivo;
- disminución relativa de la efectividad del sistema inmunológico;
- una mayor propensión al cáncer;
- menor regeneración de neuronas;

- (posibilidad de) dolores de cabeza, espalda y cuello asociados al estrés;
- tendencia al insomnio y sueño poco reparador;
- afectación del estado anímico;
- aumento en la probabilidad de padecer enfermedades mentales;
- tendencia a la irritabilidad, desasosiego y ansiedad.

Socialmente, por otra parte, se tiende a creer que la carencia de una vida sexual satisfactoria influye más evidentemente en las mujeres que en los hombres, volviéndolas malhumoradas, irritables, difíciles de tratar. Muchas de ellas reconocen que sin coito pierden el sentido del humor, y aumentan el estrés, los nervios, la frustración y el mal genio, además de un incremento del apetito y reacciones nerviosas (como comerse las uñas). Sin embargo, ningún estudio ha podido relacionar el celibato con mermas en el estado de salud en general, sea en mujeres, sea en hombres. En cuanto al estado de ánimo, se sugiere que, más que la simple falta de sexo, las mujeres que se ven afectadas serían solo aquellas que posiblemente no se masturban y que querrían mantener relaciones sexuales pero no tienen con quien practicarlas, perjudicando principalmente su autoestima, en especial si tienen pareja pero él no las desea. Como podemos ver, la evidencia indica, entonces, que es perfectamente posible vivir una larga y saludable vida sin mantener relaciones sexuales.

Pero sí es cierto que pueden generarse otros problemas, aun cuando se practique regularmente actividad sexual. Por ejemplo, si la relación de pareja es por largo tiempo frustrante o difícil, se estimula la liberación de cortisol (la *hormona del estrés*), la cual lleva a una drástica disminución del deseo sexual. Si consideramos que la medicina actual considera el estrés como un problema subyacente que agrava todas las demás enfermedades, el panorama es más complejo aún.

Por esto, únicamente nos queda decirles que jamás descuiden su vida sexual, no solo por los beneficios que genera en nuestro cuerpo, sino particularmente por los efectos positivos que impactan nuestro ser emocional y nuestra relación de pareja, siendo el objetivo último de este libro que aquellos hombres jóvenes que padecen de DSHsr se reencuentren sexualmente con su mujer.

SEGUNDA PARTE
LOS MISTERIOS DEL DESEO SEXUAL HUMANO

CAPÍTULO V

¿Qué es el deseo sexual?

El deseo es como un río, conserva el mismo nombre,
pero sus aguas están en constante cambio.

EDUARD DOUWES DEKKER

¿Cómo funciona nuestro deseo sexual?

Al hablar de sexualidad nos enfrentamos al desafío de transformar un sinnúmero de definiciones y factores involucrados en algo que todos seamos capaces de entender. Por esto, intentaremos una aproximación comprensiva de sus puntos centrales y para ello han de tener en cuenta que todo el material científico atinente a la sexualidad humana se encuentra en constante reformulación, lo que es propio de la evolución en los distintos campos del saber. Esta situación se torna aún más evidente al tratar de dar una definición profunda de la apetencia sexual, concepto que va más allá de lo que coloquialmente llamamos «ganas».

Efectivamente, cuando hablamos de deseo sexual nos metemos de lleno en uno de los entramados teóricos más complejos de la Respuesta Sexual Humana (RSH). Esto se debe a que los factores psicoemocionales y culturales juegan un

papel mucho más preponderante en la primera fase de esta respuesta sexual, la del deseo, que en las restantes¹. Y si a esto le sumamos que el deseo sexual propiamente tal no es solo una reacción biológica sino que una respuesta desde la globalidad de nuestra psique (la que se encuentra influida por diversos aspectos), el panorama se complica más aún. En resumen, estamos hablando de una respuesta que involucra toda nuestra identidad humana.

Como habrán de saber, nuestras funciones vitales poseen una dinámica particular y tienen, por decirlo de forma coloquial, un ritmo propio, el que a su vez depende de diversos factores individuales y contextuales. Así, cuando ocurre algún cambio que nos hace perder ese ritmo, nuestro organismo advierte un estado de desequilibrio carencial que experimentamos como una especie de desasosiego que nos incita a realizar algo para restablecer el equilibrio interno perdido².

En este sentido, todo deseo nace de una necesidad, de una sensación de privación, la que al verse satisfecha se calma. Según definiciones generales, «desear» significa sentir atracción, estar motivado o expectante. En el ámbito sexual, este «impulso» se conoce comúnmente como «tener ganas», apuntando a una predisposición o a un «estar de humor para», mientras que en la formalidad de la literatura lo encontramos mencionado como libido, *drive*, apetito, concupiscencia, urgencia, etcétera. Y si bien los especialistas aún no llegan a un consenso, se entiende el deseo sexual como un impulso de carácter instintivo y psicoemocional que nos motiva, potencialmente, a alguna actividad sexual³.

Antes de entrar al detalle debemos aclarar el concepto de *potencialidad* dentro de la sexualidad. Por un lado, el sentir apatencia sexual no nos va a llevar necesariamente a practicar en la realidad alguna conducta y, por otro, tampoco supone un requisito imprescindible como para realizar una actividad

sexual satisfactoria. Vale decir, es perfectamente posible iniciar un acto sexual sin sentir «ganas». Y precisamente por esto es relevante abordar el deseo sexual como una fase —que no es obligatoriamente la inicial— que forma parte de un todo y que, en conjunto con las demás etapas, teje un complejo proceso global. Eso sí, siempre teniendo en consideración que el engranaje de «lo sexual», funciona en la realidad como un aparato interdependiente.

Fases de la Respuesta Sexual Humana (RSH)

A lo largo del siglo xx se plasmó una tradición científica en la que se intentó dividir operacionalmente la RSH para su mejor comprensión en un número variable de fases⁴. El marco teórico precursor al válido hoy en día es el que conocemos como *modelo lineal*, desarrollado en los años sesenta por los «Padres de la sexología moderna»: William Masters y Virginia Johnson.

Partiendo de observaciones en laboratorio, describieron una secuencia ordenada en cuatro fases: Excitación, Meseta o *Plateau*, Orgasmo y Resolución. Según ellos, se debía seguir sí o sí este mismo orden para poder alcanzar una realización completa, de donde proviene el concepto de linealidad. Masters y Johnson buscaban identificar aquellos cambios biológicos que experimentan hombres y mujeres a lo largo de una actividad erótico-sexual, haya sido en pareja o en forma individual. Gracias a sus observaciones concluyeron que en la RSH, sin importar el tipo de conducta sexual efectuada (coito o masturbación), estaban involucrados los sistemas nervioso y cardiovascular, amén de un gran número de órganos y músculos.

Pero, por más que en un inicio este modelo fue ampliamente aceptado por la comunidad científica, tiempo después comenzaron a aparecer una serie de críticas que apuntaban,

principalmente, a su rigidez, linealidad e incapacidad de admitir variaciones en la respuesta sexual. Una de las primeras falencias evidenciadas fue la de no haber incorporado una fase que distinguiera la apetencia sexual del resto de la RSH. Y, efectivamente, a medida que los clínicos ganaban experiencia en el conocimiento de las distintas disfunciones sexuales, se hizo cada vez más patente que la falta de deseo era uno de los mayores problemas para muchas personas y parejas.

Así, en 1974, Helen Singer Kaplan fue quien llenó este vacío al incluir una nueva fase que ubicó en el primer lugar dentro de una secuencia de tres fases (deseo, excitación y orgasmo), considerando el deseo como un fenómeno independiente. Sin embargo, este modelo trifásico continuaba siendo lineal.

Llegando ya al nuevo siglo, David Schnarch postuló que el deseo no constituiría, por defecto, una fase anterior sino que estaría presente a lo largo de todo el ciclo de la RSH. Gracias a esta propuesta, comprendemos hoy que una persona con escasa apetencia pueda perfectamente excitarse (erección, lubricación) y alcanzar un orgasmo. O, por el contrario, que alguien con mucho deseo no logre excitarse ni llegar al orgasmo. Dicho de otra manera, las palabras de Schnarch sostienen que ni las fases han de ir in crescendo ni las ganas deben estar presentes antes de iniciar alguna actividad sexual.

Los *modelos lineales* siguieron siendo seriamente cuestionados hasta que tímidamente fueron construyéndose los *modelos circulares*. ¿Qué conlleva este cambio? Si los modelos antiguos se centraban preferentemente en los aspectos físicos y fisiológicos, hoy se considera que, tanto al inicio como en la mantención y resolución de la conducta sexual, están influyendo factores que van mucho más allá, abarcando lo psicológico, lo interpersonal e incluso lo cultural. Es decir, que las variables que atañen a la sexualidad humana son múltiples, transformándola en un proceso altamente complejo en el cual actúan

simultáneamente al menos dos tipos de fenómenos: uno motivacional y otro conductual-fisiológico-emocional.

Los modelos circulares plantean, pues, que no es indispensable que las fases sean progresivas, sino que entre ellas hay una retroalimentación y un solapamiento de las unas con las otras dentro de un orden variable.

El cambio a un paradigma circular se debió al estudio y a las observaciones de la sexualidad femenina que fue mostrando la necesidad de ampliar el concepto de linealidad para poder así incorporar las experiencias cualitativas y subjetivas de las mujeres.

No obstante, y aun cuando con estos nuevos modelos se ha avanzado significativamente, todavía no existe uno que sea aplicable universalmente. A nuestro juicio, las mayores falencias actuales radican en el desconocimiento de la sexualidad masculina, al no considerar que su funcionamiento también puede ser circular y en no saber específicamente cómo las transformaciones socioculturales de las que hemos hablado han influido en las distintas fases de su RSH.

En nuestra experiencia hemos podido constatar que, al menos algunos hombres, experimentan un proceso circular muy similar al señalado para las mujeres.

Por tanto, cuando se habla de sexualidad humana requerimos una mirada global y un análisis más específico, por lo que, con miras a alcanzar un enfoque comprensivo del deseo sexual, a continuación presentaremos una descripción más profunda de sus diversos componentes y de los contextos desde donde emerge.

Sistema Motivacional de lo Erótico (SISME)

En la breve vida de la sexología como ciencia, diversos autores han ido incorporando una serie de factores que, en conjunto, forman una intrincada interacción entre ellos que sería en la

que se basa toda la sexualidad humana. Para referirnos a la acción conjunta de dichos factores, nosotros hemos acuñado el término «Sistema Motivacional de lo Erótico» (SISME).

Así, el primer concepto es, claro, el de «sistema», el cual apunta a la necesidad de considerar al ser humano y sus circunstancias como un todo indivisible, compuesto por partes que funcionan en sinergia.

Desde una mirada sistémica, entendemos que la suma de las partes no es equivalente al todo y que cuando una parte de nuestra vida no está funcionando de forma adecuada, por ejemplo si estamos durmiendo mal, otras partes se verán afectadas de una u otra manera, tal como nuestra predisposición al sexo.

Con esto damos pie al segundo criterio, el motivacional. Sabemos que el deseo sexual se encuentra codeterminado y que es mediado por ciertos centros cerebrales y por el sistema límbico. Esto que podría sonar muy complejo, lo comprendemos mejor al adentrarnos en los estudios de Stephen Levine, quien centró su investigación en los aspectos biológicos, cognitivos y emocionales del deseo sexual, definiéndolo como la sumatoria de las fuerzas que nos inclinan hacia una conducta sexual⁵. Estas fuerzas, pues, las dividió en tres componentes: biológico, social e individual-interpersonal.

Los aspectos biológicos, nos cuenta Levine, son mediados por el sistema neuroendocrino. Vale decir, se produce una activación neurohormonal que se evidencia en manifestaciones espontáneas o endógenas de excitación genital. A grandes rasgos, este es un componente heredado genéticamente que nos predispone conductualmente a conseguir algún desahogo sexual y que no está dirigido a ninguna conducta ni persona en particular, al cual le acuñamos el nombre de «apetencia sexual indiscriminada» (AFI). O, siendo más claros aún, es a través de los órganos de los sentidos que el estímulo arriba a nuestro cerebro y entonces este libera ciertos mensajeros químicos,

responsables de, por ejemplo, una mayor frecuencia cardíaca, cambios vasculares y musculares que vivimos durante la experimentación de una conducta sexual. Por otro lado, estas neurohormonas también cumplen un rol fundamental en el cimiento de dicho impulso. Así, la fase del deseo sexual consiste en un impulso producto de la activación de un sistema neural específico en el cerebro, en tanto que en las fases de excitación y orgasmo están más involucrados los órganos genitales.

Por su parte, al hablar de los componentes sociales, Levine se refiere a la apetencia sexual o voluntad de tener sexo producto de una motivación psicológica como, por ejemplo, querer sentirse conectado con la pareja.

En general, entre los factores sociales que inciden en nuestro impulso sexual podemos diferenciar los «productores», los «condicionadores» y los «moduladores». Los condicionadores son los que promueven las variaciones del deseo, pero sin modificarlo; por ejemplo, la educación, la religión, las costumbres o el marco legal según el cual nos regimos. Estos influyen en nuestra pauta de respuestas y pueden inhibirnos o liberarnos, según sea el caso. Es, a grandes rasgos, el proceso educativo que modula la forma en que manejamos nuestra sexualidad. Pero es la cultura la que tiene un efecto a lo largo de todo el proceso, tamizando nuestra apreciación del deseo y, por ende, interviniendo en las conductas. Recordemos que, como dice Phillip Kotler, *los deseos son moldeados por la sociedad en que se vive*.

Por tanto, al ser seres sociales, somos condicionables mediante un proceso de aprendizaje determinado, pero es también gracias a este mismo mecanismo que poseemos la capacidad de «desaprender» conductas, emociones y sensaciones que nos afecten negativamente, a fin de recuperar nuestra fluidez como organismo y contar con la potencialidad de aprender aquello que precisamos incorporar.

Por último, tenemos el componente individual e interpersonal o, simplemente, el «motivo sexual» que puntualiza la disposición a involucrarnos en alguna actividad sexual, echando mano a aspectos no sexuales de uniones pasadas y presentes (proceso llamado motivación intrínseca). Desde una perspectiva relacional, acá se incluye el papel del lenguaje en el desarrollo de la dinámica de pareja, la generación del deseo y la cocreación de conflictos. A este componente nosotros lo llamamos «Deseo Sexual Selectivo» (DSS), ya que trata sobre las ganas de involucrarnos en alguna actividad sexual con una persona en particular, preferentemente nuestra pareja estable.

Así, la visión propia de cada uno está siempre estableciendo un diálogo interno acerca de lo que deseo y lo que no, de nuestra disposición anímica e, incluso, de aquello que me permito y lo que me prohíbo. Porque nuestra personalidad y modo de afrontar el mundo articula nuestra realidad y, especialmente, nuestro lugar frente al otro, con lo cual, dependiendo de nuestro sentir o emoción, precisaremos si estamos o no en condiciones de generar ciertas conductas.

Si lo vemos de esta forma, desde una mirada relacional, la apetencia sexual sería una construcción social compleja determinada por las dinámicas con nuestra pareja y consistente con la visión que cada uno tiene respecto de la sexualidad. En consecuencia con este postulado, nosotros consideraremos el deseo sexual como una experiencia intersubjetiva que, indetectiblemente, implica que tanto el deseo disminuido como el deseo aumentado se dan en relación a un otro⁶.

En este sentido, a lo largo de la vida de una persona existen variaciones en la intensidad del deseo sexual. En efecto, el nivel de la libido depende de múltiples variables, ya que, por ejemplo, no solo varía de una persona a otra sino que en un mismo individuo cambia en función de la edad, del estado psicológico y físico, del grado de atracción por la pareja, de la

etapa en que esté su relación y de la presencia o ausencia de disfunciones sexuales.

Entonces, para que podamos experimentar el deseo, y para que este confluya en un comportamiento sexual, se requieren diversas y complejas interacciones entre lo biológico, lo individual, lo psicológico, lo cultural y el contexto relacional de la pareja en un momento dado. En otras palabras, dependemos del SISME.

Sin embargo, todas estas dimensiones no siempre funcionan de manera conjunta, y cuando falla la sincronización entre ellas pueden aparecer dificultades, problemas y/o trastornos en la fase del deseo sexual o en cualquiera de las otras etapas de la RSH.

Sobre esto, y de acuerdo a la teoría general de sistemas, todo sistema precisa no solo de sus partes por separado sino de una interacción tal entre ellas que logre movilizar una acción hacia un determinada objetivo. Por tanto, el SISME sería un sistema que está en continua mutación, reaccionando a las interacciones que se dan a lo largo de la vida sexual de una pareja, ya que dicha unión afectiva se encuentra inserta dentro de una determinada cultura que está a su vez en permanente cambio. Y como buen sistema que es, repetimos, no solo es necesario que funcionen las partes correctamente por se, sino que deben hacerlo de una cierta manera, porque si dichos componentes no están funcionando armónicamente, entran al ruedo los centros que inhiben el deseo, interfiriendo las conexiones con otras zonas del cerebro e impidiendo la integración del impulso sexual con la experiencia individual de la persona y dando pie a la aparición de trastornos. Dentro de este cuadro, un factor fundamental que puede alterar esta dinámica son las emociones, en la medida en que el deseo es un impulso autónomo regulado por el sistema límbico.

En conclusión, el fenómeno del deseo sexual sería un estado de sentimientos subjetivos que se desencadenan por medio de

estímulos externos e internos que, supuestamente, se manifiestan a nivel conductual y que son determinados por procesos sexuales propios de la persona y la relación. Es decir, consistiría en una suerte de danza entre procesos neuronales, hormonales, cognitivos y motivacionales que nos hacen ser como somos.

CAPÍTULO VI

Deseo sexual y normalidad

... normalidad... uno de los términos más confusos
y terriblemente mal usados.

LEÓN ROBERTO GINDIN

En la primera sesión, María se queja de que las relaciones sexuales con Pablo ya no son frecuentes ni satisfactorias. Nos cuenta que el no lograr llegar juntos al orgasmo como solían, los tiene preocupados, desesperanzados, frustrados y que ella hasta ha llorado por este tema. Pablo, por su parte, cree que los orgasmos simultáneos son normales en las demás parejas y que algo debe andar mal en ellos. Luego agrega con pesar que, a consecuencia de este problema, ya casi no tiene ganas de hacer el amor con María. Fue un alivio para ambos enterarse de que el orgasmo simultáneo era un mito y que, precisamente, el haberse sentido anormales fue lo que los había afectado. Así, al poco tiempo, Pablo recuperó el deseo por su mujer.

Otra paciente, Beatriz, asistió sola a su primera sesión. Nos dijo que era frígida, porque ni con su marido ni con sus otras parejas había experimentado jamás un orgasmo. Tras solo unas cuantas preguntas, pudimos tranquilizarla al asegurarle que ella no sufría ninguna disfunción sexual, puesto que alcanzaba el

orgasmo sin dificultad cuando se masturbaba o gracias a la estimulación directa de su pareja, ya sea con anterioridad o con posterioridad a la penetración. Eso sí, aprovechamos la instancia para aclararle que hoy se dice anorgasmia y no frigidez.

Luciano inicia su sesión queriendo saber si él es o no normal. «Lo que pasa es que mi mujer tiene más *ganas* que yo», dice. «Vivo interrogando a los demás sobre cuántas veces tienen relaciones sexuales, cuál es la frecuencia normal, si yo como hombre debiese tener más ganas, si tengo un deseo sexual normal».

¿Cómo saber si mi sexualidad es normal?

Todas estas preguntas, muy frecuentes en la consulta, reflejan que a la gente no es que le interese tanto aprender cómo funcionar adecuadamente, sino saber si están o no dentro de la norma, de lo que es común o adecuado, si son sanos sexualmente. Para aliviar esta ansiedad, recurren a la voz de un especialista, para que sea este quien confirme su *normalidad*.

Al parecer, hoy hay una obsesión por la normalidad; es como si la sociedad estuviese enferma de normalidad. Y es importante tener en cuenta que lo que cada uno de nosotros entienda por *sexualidad normal*, muchas veces puede llegar a determinar nuestra vida de pareja. Así, si nos ponemos a escuchar lo que se dice a nuestro alrededor, fácilmente podríamos concluir que no somos normales. Ya que el solo hecho de creerlo, puede alterar nuestra conducta y la forma en que nos relacionamos con nuestra pareja. O como afirmaba Epícteto, «a los hombres no les inquietan las cosas sino las visiones que ellos tienen de estas». En otras palabras, nuestras creencias acerca de los hechos son las que nos producen inquietud y modelan nuestro comportamiento.

Entonces, entendiendo que este es uno de los temas más complejos para la psicología clínica y particularmente para la sexología, cada vez que nosotros, en tanto seres humanos, emitamos un juicio acerca de la normalidad, este debe ser tomado con cautela y responsabilidad, dejando en claro desde dónde evaluaremos tal o cual conducta, o la falta de esta. Porque como el deseo sexual es un campo especialmente subjetivo, el riesgo de equivocarnos es mayor. Es decir, si no tenemos cuidado al momento de calificar un fenómeno, podríamos caer en sobrediagnósticos o, como se conocen en psicología, falsos positivos. De esta manera, podríamos concluir que un paciente presenta deseo sexual hipoactivo (DSH) cuando en realidad lo que tiene es una disminución normal o puntual del deseo, o incluso solo discrepancias con la pareja por la frecuencia sexual apetecida.

Cualquiera sea la visión que tengamos de la normalidad, esta estará influenciada por nuestro medio social más próximo, lo que no pocas veces nos llevará a basarnos, sin darnos cuenta, en comparaciones no realistas o derechamente falsas de los demás sobre la maravillosa vida sexual que los otros tienen. Pero si asumimos que el medio social es equívoco, entonces, ¿qué es lo normal?

Antes de entrar en materia debemos dejar en claro que no es posible contestar de forma directa, sin caer en argumentos simplistas o reduccionistas, si un determinado fenómeno es o no normal. La respuesta siempre estará sujeta a lo que cada uno de nosotros entienda por normalidad, lo que dependerá de quiénes somos y del contexto en el que nos movamos. Porque, aun cuando no seamos plenamente conscientes, todos nos hemos formado un juicio propio acerca de lo que consideramos una sexualidad normal (o bien patológica). Entonces, al catalogar una manifestación sexual como anormal, estamos buceando en lo más profundo de nuestra cultura como individuos.

Muchas veces habrán oído que para referirse a ciertas conductas sexuales se usan palabras cargadas de connotación moralista, peyorativa e incluso punitiva. «Es un pervertido», «es un desviado», «es un degenerado» y tantas más. Estas connotaciones, como diría Maturana, surgen de una dinámica caracterizada por la codeterminación social¹. En otras palabras, todos formamos parte de una sociedad y formulamos los juicios sociales que constituyen a esa sociedad, participando en su creación, apoyándolos o contradiciéndolos. Es por esto que, por ejemplo, lo que hoy suponemos como normal, un siglo atrás se considerase una aberración. O también que algo que en Chile es completamente normal, en otro país sea tabú.

Como ven, no es fácil diagnosticar trastornos sexuales. En este proceso entran en juego políticas socioeconómicas, lo culturalmente moral, las modas, lo políticamente correcto, etcétera, y para complicarlo más aún, las creencias en torno a lo normal en la sexualidad no son rígidas, sino que varían con el tiempo. Por ejemplo, la masturbación o el sexo oral fueron alguna vez conductas prohibidas y perseguidas, mientras que hoy serían expresiones sociales y sexuales aceptadas. Y también tenemos el caso contrario, en el sentido de que han emergido nuevas disfunciones que antiguamente no existían, tales como la adicción al sexo, la aversión sexual o la anorgasmia femenina, o como también lo es nuestro tema, el DSH.

Por esto, dado que la sexología no ha sido capaz de explicitar claramente lo que es normal, suele hundirse en explicaciones circulares y tautológicas para afirmar, simplemente, que algo es anormal *porque no es normal*².

Este es el caso, por ejemplo, de algunas parafilias, antes llamadas desviaciones sexuales. Siguiendo la argumentación de que lo anormal es aquello que se desvía de la norma, por mucho tiempo se estimaron como patológicas aquellas costumbres que se apartaban de las «buenas costumbres» (lo socialmente

aceptado) o que violaban códigos ideales o morales. Pero hoy, al desvirtuarse el criterio estadístico de normalidad³, aquellas prácticas poco comunes en una determinada sociedad ya no son catalogadas como patológicas, sino como inclinaciones minoritarias normales; eso sí, siempre y cuando sean efectuadas con el consentimiento de los adultos involucrados.

Pero no quisiéramos dejarles la impresión de que esta problemática es una completa confusión. Hay ambigüedades, sí, mas los criterios existentes son bastante contundentes y útiles para, al menos, servirnos de referencia. Así, en la sexología vigente, como primer gran marco, se evalúa lo normal como aquello que conduce al goce sexual con miembros de la misma especie, que acepte los límites culturales del marco antropológico y que no sea destructivo. Es decir, que no provoque ni a uno mismo ni a los otros malestar o daño. O, de forma más simple, señala aquel modo de relacionarnos entre adultos que no nos sea impuesto, donde no medie la violencia ni forma alguna de sometimiento, sino que ocurra con el total consentimiento de los participantes y que, en lo posible, sea satisfactorio.

¿Cómo saber si mi deseo sexual es normal?

Una persona promiscua es aquella que tiene
más relaciones sexuales que tú.

VÍCTOR LOWNES

Las infinitas influencias a las que está sujeto el ser humano dificultan establecer un cierre perimetral claro al referirnos a nuestro deseo sexual. Porque ya una pregunta de apariencia tan simple como ¿está mi nivel de libido dentro de lo normal?, esconde raíces que crecen en muchas direcciones,

difuminando una respuesta clara y directa, dejándonos con nuevas interrogantes. ¿Cuál es el deseo sexual normal a cada rango de edad?, ¿cuánto es lo normal a lo largo de una relación de pareja?, ¿existen diferencias en la intensidad del deseo entre el hombre y la mujer?, y tantas más.

Pero, dado que no es factible cuantificar las sensaciones sexuales, ¿cómo podemos, entonces, calcular sus manifestaciones supuestamente más objetivas como la frecuencia de la actividad sexual o la cantidad de pensamientos con contenido sexual?

Siguiendo el manual de DSM vigente⁴, el deseo se expresaría en un «interés sexual» y en la realización del coito o de alguna otra práctica sexual. Sin embargo, la ausencia de actividad sexual no implica falta de ganas, así como la presencia de esta tampoco implica forzosamente que haya existido previamente el deseo de efectuarla.

Con esto, tenemos claro que las valoraciones subjetivas no nos sirven y que no disponemos de medidas objetivas ni fisiológicas claras como para calcular el grado de deseo sexual. Entonces, para afirmar si algo es mucho o poco, necesitaríamos estándares comparativos con los cuales hoy no contamos, por lo que humildemente debemos reconocer que no sabemos qué es lo natural, correcto, normal o saludable respecto del deseo sexual. Así, mientras unos lo miden de forma indirecta al equipar el nivel «objetivo» del deseo, otros recurren a las encuestas para medir la frecuencia de las relaciones sexuales, lo que nos deja abiertos a la pregunta ¿estamos teniendo suficiente sexo?

¿Es normal nuestra frecuencia de relaciones sexuales?

En la consulta podemos corroborar que vivimos en una época más preocupada por la cantidad que por la calidad. Al parecer, estamos ansiosos por definir un número con el que podamos

ubicarnos en una escala imaginaria que nos confirme no solo que nuestra apetencia sexual se encuentra dentro de los rangos adecuados, sino que además se equipara al número de relaciones sexuales que aparentemente tienen nuestros vecinos. En este sentido, nos asombra cómo muchos pacientes aseguran ser «anormales» únicamente porque sus cercanos parecieran tener más y mejor sexo que ellos. Peor aún, otros intentan convencer a su pareja, basados en estos supuestos, de que están «mal», presionándola para alcanzar esa periodicidad que estiman correcta.

Ante esto, podemos decir que si bien la frecuencia sexual no representa adecuadamente el grado de deseo sexual, en muchos estudios se recurre a esta variable como una medida del criterio estadístico de normalidad⁵. Sin embargo, dichos estudios han sido seriamente cuestionados y su confiabilidad es relativa. Por ejemplo, tienden a basarse en autorreportes, los que habitualmente quedan expuestos a mentiras u omisiones. De todos modos nos dejan algunas cifras, aunque solo sean a modo de referencia.

En los últimos años, nuevos hallazgos apuntan a un descenso en las tasas generales de frecuencia coital a menos de la mitad de las registradas en los sesenta⁶. Esta tendencia, sumada al déficit de deseo sexual, ha sido atribuida a múltiples factores, tales como la incorporación masiva de la mujer al trabajo, el miedo a contraer el sida y a que el sexo ha ido perdiendo interés en la sociedad debido a su sobreexposición, perdiendo su intimidad e instalándose como un asunto más público⁷.

Así, pareciera que desde la década del ochenta hasta hoy, la cantidad de actividad sexual «normal» se ha mantenido constante, concentrándose en un mínimo de una vez por semana⁸. Y, efectivamente, las parejas que hoy declaran llevar una vida sexual satisfactoria y normal, dicen que el promedio de coitos va de 1 a 2,5 veces por semana (entre 75 a 100 coitos anuales).

Al comparar a hombres y mujeres, ellos consideran que 2,5 sería lo normal, mientras que ellas se acercan a un promedio de 2 por semana. Pero los números fríos indicarían, aun sin ser una diferencia estadística significativa, que la frecuencia real sería de 2,8 para los hombres y 2,6 en las mujeres. Por último, la frecuencia que consideran ideal sería de 3,2 coitos semanales para los hombres y 2,8 para las mujeres.

Uno de los cambios recientes más significativos para nuestro tema es el aumento de mujeres que aseguran desear sexo con mayor frecuencia que sus parejas (aproximadamente un tercio). Entre las mujeres jóvenes, basado en encuestas informales y en la percepción de los clínicos, esta tendencia es aún más marcada, señalando que dicho grupo querría tener tanto o más sexo que sus congéneres masculinos. Es interesante notar esto ya que, en general, quienes tienen una mayor frecuencia en sus relaciones sexuales evalúan su vida y matrimonio como más feliz, particularmente las mujeres.

Como podrán imaginar, estos resultados van asociados a la educación sexual más igualitaria de las últimas décadas y a que, al no ser hoy culturalmente condicionadas a cohibir su deseo, ellas osan mostrarse más abiertamente sexuales, permitiendo aflorar la real intensidad de la sexualidad femenina.

Sobre el caso, hemos visto en la consulta cómo las mujeres están exigiendo lo que llaman sus «derechos sexuales», presionando por tener sexo más seguido, lo que de paso parece afectar el funcionamiento sexual de sus parejas hombres.

Una de las preocupaciones típicas de las parejas es saber cuánto es el deseo sexual normal a lo largo de una relación de pareja que lleva muchos años.

De seguro, ustedes mismos son testigos de que en los inicios de una relación se practica una vida sexual más activa que en fases posteriores debido a la intervención de factores de índole bioquímico. Pero los estudios muestran que es durante

el primer año de matrimonio cuando se observa la mayor disminución⁹. Lo habitual, entonces, es que en una relación prolongada la frecuencia tienda a decrecer relativamente de modo que, con los años, la vida sexual de una pareja, aunque atraviese por etapas, ciclos o ritmos más activos que otros, pareciera generalmente bajar en frecuencia pero aumentar en calidad.

A su vez, es interesante notar que la frecuencia sexual es mayor entre las personas que conviven, y mayor aún entre las casadas. Los solteros y divorciados, por su parte, muestran una menor cantidad de coitos, mientras que los índices más bajos los presentan las personas viudas.

En general se cree que la disminución de la frecuencia se debe al inevitable desgaste o a la monotonía. Sin embargo, lo que ocurre es que con el tiempo se va asentando una cierta periodicidad regular, una dinámica «común» generada naturalmente a lo largo de la interacción y que, en el fondo, deja a ambos bastante conformes. Por ejemplo, muchas parejas con más de treinta años juntos siguen practicando uno o dos coitos por semana. Curiosamente, los pacientes más jóvenes consideran que lo «normal» es una frecuencia mucho menor: una o dos veces al mes. Según un paciente, refiriéndose a su grupo de amigos: «Todos estamos en la misma, demasiado cansados después del trabajo y el fin de semana lo único que queremos es dormir».

Eso sí, no podemos olvidar que cada persona es un mundo, y cada pareja, dos mundos. Por lo mismo, no es recomendable vivir comparándose con el vecino, sino que centrarse en ese universo construido entre ambos; encontrar la «dosis» que acomode a cada uno y ajustarla junto a la pareja. Pero además, muchas veces la frecuencia sexual es más una necesidad mental que una biológica, donde la cantidad a la que se aspira probablemente esté sobrecargada de preconceptos más bien emocionales.

¿Todos tenemos el mismo grado de deseo sexual?

Los niveles de libido son distintos en cada individuo, en cada población, en cada sexo, en cada edad, etcétera, siendo un continuo que puede ir, como dice León Gindin, desde la ninfomanía a la total aversión por el sexo. Pero como todavía no se ha logrado medir fidedignamente la apetencia sexual, no es posible elaborar una escala exacta de sus distintos niveles. No obstante, Kaplan presentó una interesante escala teórica del deseo sexual dentro de un *continuum* hipotético de seis categorías:

- **Hiperactivo:** corresponde a las adicciones sexuales, el donjuanismo y la ninfomanía. Presenta deseos y fantasías sexuales espontáneas, intensas y frecuentes, una conducta sexual compulsiva y un inadecuado control de los impulsos sexuales.
- **Normal-Alto:** presenta deseo sexual y fantasías espontáneas, conducta sexual proactiva, funcionamiento sexual normal y alta frecuencia.
- **Normal-Bajo:** en este nivel, el deseo o las fantasías sexuales no son espontáneas, la conducta sexual es reactiva, el funcionamiento sexual, normal y la frecuencia, media a baja.
- **Hipoactivo medio:** deseo o fantasías sexuales no espontáneas, evitación sexual, funcionamiento sexual pobre, frecuencia baja y, muchas veces, presencia de dolor.
- **Hipoactivo severo:** igual al anterior pero se le agrega una frecuencia muy baja o celibato.
- **Trastornos fóbicos:** aversión activa y/o evitación fóbica del sexo, frecuencia muy baja o celibato, dolor¹⁰.

Más tarde, Gindin especifica que aquellos con un alto impulso sexual (intenso, pero no destructivo ni inapropiado, y que lo pueden controlar), buscan sexo activamente, se excitan

con un amplio espectro de personas y escenarios, y sienten la urgencia incluso en ausencia de cualquier estimulación erótica externa. Como ni ellos ni sus parejas se angustian frente a esta intensidad, sus vidas y sus relaciones afectivas son realzadas por su fuerte sexualidad.

Por su parte, aquellos con un bajo deseo, rara vez lo experimentan espontáneamente, como tampoco buscan situaciones sexuales, sin frustrarse si tienen que abstenerse. Pero sí responden a las oportunidades y estimulaciones sexuales, sin perder el interés ni evitar a las parejas que les sean atractivas.

En el hipoactivo medio sí hay una disminución moderada del deseo y no reaccionan espontáneamente hacia su pareja; se envuelven poco en fantasías y en la masturbación, y el rango de actividades eróticas o tipo de personas que les excitan son muy específicas. Las llamadas «parejas blancas» o «sin sexo» tienen menos de diez relaciones sexuales al año, casos que no pocas veces nos toca atender en la consulta.

Sin embargo, como la variabilidad del deseo sexual y de rangos de frecuencia coital son tan amplios, se suele hablar, de forma arbitraria, de niveles alto, medio y bajo, siempre bajo la consigna de que no existe lo «normal» o anormal sino lo satisfactorio o no para cada persona o pareja. Así, si una pareja tiene un coito cada diez o quince días, quedando ambos satisfechos con dicha frecuencia, se considera bien adaptada, por más que se encuentren en el extremo inferior de la frecuencia normal de distribución de los apetitos sexuales.

¿Es mi deseo sexual muy bajo o el de mi pareja es muy alto?

Rainiero, exitoso empresario, acude solo a la consulta. Se queja de que su vida sexual es escasa porque su señora «casi

nunca tiene ganas y nunca toma la iniciativa». No entiende cómo ella puede pasar tantos días sin sentir deseo y que, cuando hacen el amor, «muchas veces está con cara de aburrida». Es muy probable, agrega, que si no se soluciona el problema decida separarse, a pesar de los veinte años juntos y de los cuatro hijos que tienen.

Magdalena, su esposa, le ha dicho que, desde su punto de vista, tienen una cantidad de sexo igual a cualquier pareja normal y, por lo tanto, se niega a pedir ayuda por un problema inexistente. Cuando finalmente viene a sesión, nos dice que lo pasa bien con Rainiero en el ámbito sexual, que es orgásmica la mayoría de las veces, que es cierto que nunca toma la iniciativa y que muchas veces empieza sin sentir nada de ganas, aceptándolo «por él, para que después no ande enojado». Por su parte, ella se queja de que «él es trabajólico y no me pesca para nada, salvo cuando quiere sexo».

Este era un típico conflicto que se solía dar años atrás. Con toda intención hemos omitido la frecuencia sexual que mantenía esta pareja, porque la cantidad, en este caso, no es relevante, sino el hecho de que tras veinte años juntos aún no hayan llegado a un acuerdo. Ambos funcionan bien sexualmente y presentan un nivel normal de deseo, por más que ella sea más receptiva que espontánea. El problema radica, pues, en otra de las formas que pueden adoptar los problemas de deseo sexual en las parejas, aquella que en nuestra profesión llamamos disritmias o discronexias.

En pocas palabras, se trata de aquellas discrepancias o desacuerdos que generan «ruido» entre las parejas y que refieren a la cantidad y forma ideal de los contactos sexuales. Al aterrizarlo, es como si dijéramos: ambos queremos y nos interesa tener sexo, pero presentamos un nivel de necesidad subjetiva distinto. O sea, nos encontraríamos ubicados en

polos opuestos del *continuum* normal que mencionábamos antes: uno en el «normal alto» y otro en el «normal bajo».

Porque no vamos a negar que, pasados esos locos primeros meses en que las hormonas parecieran controlarnos, todas las parejas debemos aprender a ajustarnos a una frecuencia que nos acomode a ambos, aun cuando no sea la óptima para ninguno de los dos.

A nuestros pacientes les aclaramos que es muy difícil delimitar en forma precisa si una pareja tiene distintos niveles de deseo o si alguno de ellos sufre de DSH, pero lo que sí sabemos es que uno de los factores «que nos enferman» es la obsesión por la frecuencia. Por esto, cuando los dos nos dicen que les interesa tener relaciones sexuales con su pareja, les sugerimos y acompañamos en el proceso de negociar un acuerdo que concilie empáticamente los deseos de ambos. De esta forma, ellos van aprendiendo tanto la forma de decir «no» como la manera de aceptar un «no» del otro como respuesta ante una iniciativa sexual, sin sentirla como un rechazo.

¿Cómo podemos saber, entonces, cuándo el deseo sexual deja de ser normal y pasa a ser un problema que necesita de ayuda? Quizá lo único que sabe la pareja y que le preocupa, es que ya no es igual a como era cuando ambos se conocieron. Esos primeros meses, que pueden constituirse en nuestra mente como un período ideal, muchas veces pueden entramparnos, torturándonos en la búsqueda de una explicación ante esa incomodidad, o incluso sufrimiento, por no estar satisfaciendo nuestras necesidades o las de nuestra pareja. ¿Qué fue lo que pasó?

Hemos tratado a parejas «enfermas de normalidad», aunque no lo crean. Incluso les preocupa que solo «a veces» no funcionan sexualmente «tan bien» como antes, suponiendo que están ad portas de un problema o que ya están inmersos en uno. Entre los motivos por los que consultan podríamos mencionar:

que ya no me gustan los besos eróticos; que no tomo nunca la iniciativa; que no siento deseo de forma espontánea; que rechazo ciertas prácticas (por ejemplo, el sexo oral); que evito las ocasiones o los escenarios que puedan devenir o motivar un encuentro sexual, etcétera. Ante estas situaciones: ¿deberíamos empezar a preocuparnos?

No crean que la adaptación sexual con nuestra pareja sea un proceso que fluye natural e inmediato. Es, más bien, lo contrario. Es un caminar lleno de tropiezos, en el cual nos vamos coordinando a través de los años, constituyéndose en una evolución lenta, larga y compleja. Es el resultado de un aprendizaje conjunto y prolongado en el tiempo y que se basa, principalmente, en esa metodología tan común como es la del «ensayo y error». Es más, esta adaptación no termina jamás. Por ejemplo, vemos a parejas mayores de 50 años aquejadas de dificultades sexuales asociadas a cambios propios del envejecimiento, a quienes les hacemos ver que a esa edad tienen que aprender a hacer el amor de nuevo.

Asimismo, hay un sinfín de otras alternativas que no ameritan acudir a terapia, pero para conocer si realmente tenemos un problema en el área del deseo sexual, hay ciertas interrogantes que pueden mostrarnos un camino, aun cuando no signifiquen respuestas taxativas. Por ejemplo:

- ¿La inapetencia sexual que me aqueja apareció con el tiempo o siempre estuvo presente?
- ¿Siento inapetencia en forma constante o hay períodos en que me vuelven las ganas?
- ¿Nunca, en ninguna ocasión ni con ninguna persona siento deseo sexual o mis ganas solo han disminuido?
- ¿Siento deseo de estar sexualmente solo con determinadas personas y con otras no?

Estas preguntas nos pueden dar una idea de si estamos ante una dinámica permanente o quizás ante un malestar azaroso. Pero también es necesario considerar otros aspectos para afinar la evaluación del problema:

- ¿No siento deseo ante ningún estímulo o simplemente ya no es como antes?
- ¿Dejé de tomar la iniciativa por falta de ganas, o por miedo al rechazo o bien porque temo no funcionar?
- ¿Me pasa que ya no siento deseo en forma espontánea, pero sí respondo a la estimulación de mi pareja, o tampoco siento nada con sus caricias?

Las respuestas obtenidas nos ayudarán a descifrar cuánto se ha alterado nuestra vida sexual. Pero, una vez más, debemos tomar en cuenta una nueva variable muy importante: el contexto o momento de aparición del síntoma.

- ¿Se apagó mi libido después de una enfermedad física o mental?
- ¿O fue luego de la ingesta de ciertos medicamentos o drogas?
- ¿Vivía un período de duelo, estaba deprimido, angustiado o estresado cuando se presentó por primera vez?
- ¿Pierdo el deseo cuando vivimos un período conflictivo con mi pareja?
- ¿O se me apagan las ganas cuando ciertas reacciones de mi pareja me inspiran temor?

Debemos tener muy presente que si estamos conflictuados con nuestra pareja, allí donde se encuentren comprometidas nuestras emociones, es muy posible que tanto nuestro deseo como nuestro funcionamiento sexual se vean afectados.

Dicho esto, es preciso agregar que las complicaciones no se detienen en los puntos señalados, sino que es necesario hacer la distinción entre fenómenos naturales o propios de la naturaleza humana, como la disminución de la frecuencia sexual con el paso del tiempo, y los normales, como el decrecimiento del deseo sexual a fin de año o al volver de vacaciones.

Por ello es que nosotros como terapeutas debemos contestar a todas estas interrogantes, para delimitar paso a paso las peculiaridades de cada caso y los alcances que la ausencia o disminución del deseo puedan haber tenido en la vida personal y de pareja de cada paciente.

Así, si siempre hemos tenido un impulso sexual deficiente o si el síntoma se presenta ante toda actividad sexual (sea en la masturbación o con cualquier persona), o bien si este se ha manifestado tras un trastorno orgánico o psicológico, probablemente suframos de algún tipo de DSH y sería conveniente consultar. Pero si por el contrario no hemos perdido el deseo de forma total ni en todo momento, sino que las ganas disminuyen o desaparecen ocasionalmente, bajo determinadas circunstancias o solamente con cierta(s) persona(s), dejémoslo en observación por un tiempo y solo si perdura consideremos pedir ayuda.

Para dilucidar estas últimas situaciones, entregaremos ciertos lineamientos que consideramos importantes para que ustedes, de preferencia junto a vuestras parejas, determinen el posible grado de severidad de lo que les preocupa.

Lo que estoy viviendo, ¿es una queja, una dificultad, un conflicto o una patología?

Aquello que nos lleva a definir la calidad de nuestra relación de pareja y nuestro funcionamiento sexual, radica principalmente en

la forma en que explicamos y vivimos la realidad. Así, uno de esos simples «cambios inevitables» en la vida gatilla una riada de preguntas que abren la puerta a redefiniciones de nosotros mismos y de lo que nos rodea, lo que puede transformarse en un verdadero laberinto. Y muchas veces los cuestionamientos y distinciones a los que llegamos surgen desde nuestra pareja, siendo ella la que nos «diagnostica» un problema. Estas nuevas miradas obviamente generarán una reevaluación de los sucesos, impactando, en algún grado y de cierta manera, en nuestras interacciones e incluso en nuestra fisiología. Porque el paso de la preocupación al miedo suele ser muy rápido. Y como el miedo es uno de los principales enemigos del deseo sexual, puede ocurrir la tan temible profecía autocumplida.

En nuestra consulta podemos observar cómo estos cuestionamientos se multiplican en el día a día de las parejas de hoy y cómo originan no solo amargas conversaciones sino que entrampes que los dejan atascados en la frustración y el sufrimiento. Esto nos condujo a formular algunos principios que sirviesen de punto de partida en la tarea de definir junto a nuestros pacientes la fuente de su malestar. Queremos compartir nuestra mirada con ustedes.

Al tener en cuenta la arbitrariedad del punto de quiebre entre lo «normal» y lo «anormal», muchos trastornos serían más bien una expresión extrema de emociones y comportamientos normales¹¹. Es decir, no existirían realmente diferencias cualitativas entre enfermedad y salud, sino diferencias de grado en los distintos problemas de la vida. Así, más que categorías binarias presentes o ausentes, dichos problemas estarían ubicados dentro de una secuencia o dimensión.

Por lo tanto, considerando tanto la literatura como nuestra experiencia clínica, proponemos ciertas distinciones que nos permitan evaluar de una manera comprensiva los problemas asociados al deseo sexual dentro de una determinada secuencia.

Para nosotros, lo no-natural, anormal, disfuncional o patológico son definiciones que hablan de parámetros distintos y aunque parecen análogas, puntualizan efectos de diferente magnitud y pertenecen a convenciones que implican diversos grados de complejidad. Para graficarlo, proyecten un *continuum* imaginario y ubiquen la idea de «queja» en uno de los polos de este, la que podría partir con un simple «es que esto no me gusta» o «estoy incómodo». La queja sería, pues, el primer atisbo de una inconsistencia entre nuestra expectativa, por un lado, y lo concretamente vivido, por el otro. Dicho indicio aparece de forma puntual, siendo un primer obstáculo, y solo altera de forma acotada la sensación de bienestar subjetivo.

Para estar claros, como queja, sea individual o de pareja, entenderemos aquellos inconvenientes menores (y que por lo general son casi universales) relacionados con situaciones vitales estresantes, como pueden ser lo laboral o económico, y/o factores relacionales, como desavenencias puntuales o pequeños desencuentros con la pareja. Las quejas, entonces, suelen ser fenómenos transitorios o pasajeros.

Luego viene la dificultad. Este nuevo grado apunta a una pauta más persistente, a una dinámica que perdura por un tiempo y que va más allá de los típicos altibajos individuales o de cualquier relación. Por lo mismo, conlleva una mayor sensación de malestar subjetivo. Sin embargo, la dificultad no alcanza a alterar mayormente la convivencia, quedándose como un aspecto «desagradable» de la interacción con el otro, pudiendo generar acciones de evitación de aquello que perturba. Por ejemplo, para una persona en particular podría ser una dificultad que su pareja insistiera una y otra vez en tener relaciones sexuales a una hora o lugar determinados. O que esta evite los besos eróticos. Aquí, tanto la acción como la reacción pueden ser sentidos por ambos miembros de la pareja como algo molesto o inquietante.

El paso siguiente es mucho más profundo, ya que representa un salto cualitativo y refiere a una disfunción sexual propiamente tal. Si un síntoma se ha presentado anteriormente con otras personas, sería un indicio de que probablemente estamos frente a una problemática más bien individual. Por el contrario, si el síntoma ha emergido por primera vez con la pareja actual, es posible que se trate de un «conflicto relacional», que son los casos que más consultan.

Cuando se presenta una disfunción sexual, la pareja la percibe como un entrapme que, cualitativamente, altera su vida o algún aspecto importante de la misma. En este caso, se trata de experiencias continuas de malestar, las que han motivado a los afectados a buscar maneras de resolverlo o, derechamente, a evadir lo conflictivo mediante la evitación del sexo, lo que ocasiona consecuencias personales y/o relacionales que ellos mismos catalogan como «sufrimiento».

Por último, las conceptualizaciones psicopatológicas son definiciones que parten de un cierto saber y que son validadas por una comunidad científica mediante criterios preestablecidos o por la sociedad en su conjunto. Es decir, serían distinciones sociales que nosotros como individuos hemos aceptado como tales.

En consecuencia con dicho planteamiento, la salud y la enfermedad no son entidades absolutas o cualidades constitutivas de los individuos, sino formas de coexistencia social definidas como deseables o indeseables y que, como tales, no son independientes del contexto cultural de quien las define¹².

Como ven, las disfunciones sexuales, como fenómenos psicopatológicos complejos, bien merecen su propio capítulo, el que pasaremos a revisar a continuación.

TERCERA PARTE
¿QUÉ ES EL DESEO SEXUAL HIPOACTIVO?

CAPÍTULO VII

El Deseo Sexual Hipoactivo Una breve comprensión de las disfunciones y los trastornos sexuales

Dar placer. Aceptar placer.

El sexo es así de fácil.

KENNETH HANES

Cuando Agustín llegó a la consulta, sus preguntas nos manifestaron que sería un caso emblemático, de esos que quieren saber hasta el último detalle. A sus 36 años, una carrera exitosa, casado por cinco años y sin hijos, nos dice que lleva dos años ocultándole a Amelia, su mujer, sus paulatinas dificultades sexuales. Estas al comienzo fueron esporádicas. Hoy le es imposible recordar si los primeros problemas fueron de erección o de deseo. Nos cuenta que se masturba regularmente y que a veces funciona bien con Amelia. «Más o menos cada dos meses», dice. El resto del tiempo, cuando por fin se obliga a acercarse a ella, fluctúa entre no tener ganas, demorarse mucho en lograr una erección o perderla al momento de la penetración e incluso últimamente le cuesta eyacular.

Ante esto, Agustín optó por evitar el sexo dando distintas excusas: cansancio, estrés, mucho deporte, que se le

pasaron las copas, el traspasó o el conocido dolor de cabeza. Y luego reconoce: «Me he pillado buscándole la quinta pata al gato con tal de generar una pelea para culparla a ella si el sexo no resulta. ¡Es que no soporto la culpa!», dice.

Antes de venir a vernos, Agustín recabó toda la información que pudo encontrar sobre sus deficiencias sexuales, llegando con una lista de preguntas. Como no logró responder todas sus dudas, quiere aclarar ciertos puntos antes de que Amelia venga también a la consulta. Nos pregunta afligido: «¿Qué es una disfunción sexual y cómo sé si tengo una?».

Cuando empezamos a contestarle en términos generales, nos lanza la artillería completa, como si todas sus preguntas hubiesen estado a punto de estallarle. «¿Existen muchas disfunciones?, ¿son todas igual de graves?, ¿todas tienen solución?, ¿qué tengo yo, impotencia o falta de ganas? He llegado a pensar hasta que soy fóbico, porque se me acelera el corazón y transpiro al solo imaginar que nos vamos a acostar. Y busco cualquier pretexto para evitarlo.»

Y aunque Agustín manejaba ciertos tópicos de la compleja situación que estaban viviendo gracias a su investigación, Amelia no entendía nada. En la sesión ella nos dijo llorando lo mal que lo estaba pasando, que no podía imaginar siquiera un porqué, reconociendo que más que la insatisfacción sexual, lo que la afectaba era que, al no sentirse deseada, no podía creer que él aún la amase. Resignada, nos confiesa que ella también ha empezado a perder las ganas, echando de menos sobre todo esa sensación de cercanía, intimidad y complicidad con su marido que hoy ve tan lejana.

¿Qué es una disfunción sexual?

Es cierto. Muchas veces necesitamos respuestas, entender lo que nos pasa, para seguir adelante. Y solo hay una clave para tener respuestas: tener las preguntas y las fuentes correctas.

Para esto debemos tener claro que hoy coexisten diferentes clasificaciones de los trastornos sexuales. La más aceptada en Estados Unidos, válida también en los demás países americanos, es la propuesta del DSM-5, la que clasifica las disfunciones sexuales en cuatro grupos principales, de acuerdo con la fase de la Respuesta Sexual Humana (RSH) en que se presenta el síntoma¹.

Pero antes de entrar en materia, quisiéramos aclararles que en estas clasificaciones no se han alcanzado aún respuestas plenamente satisfactorias. Así, una de las principales dificultades que deben enfrentar los investigadores del área es la carencia de una definición operacional de las disfunciones sexuales que sea aceptada por la gran mayoría de los especialistas. Aunque sí existe un cierto consenso al describirlas como problemas en nuestro funcionamiento erótico de diversa índole, incluyendo cambios psicofisiológicos (cognitivos, afectivos y/o motores), que muestran recurrencia y persistencia en el tiempo, y que pueden estar simultáneamente presentes en una o más de las fases del ciclo de la RSH. Más concretamente, por lo general estas problemáticas nos dificultan o incluso nos impiden disfrutar de la actividad sexual (y no nos referimos únicamente al coito) del modo que quisiéramos, sin poder alcanzar una satisfacción sea esta objetiva o subjetiva, y generando una sensación de malestar personal o interpersonal (con la pareja). Algunos de estos síntomas pueden haberse manifestado desde el comienzo de nuestra vida sexual o desarrollado con posterioridad; pueden haber aparecido paulatinamente o ser súbitos; pueden ocasionarnos una incapacidad total o parcial,

entre otros factores. Es decir, son muchas las variantes posibles, las que están a su vez asociadas con las causas de su origen, estudio que en psicología se conoce como etiología.

A grandes rasgos, como hemos dicho, los motivos que pueden desencadenar una disfunción sexual están correlacionados con factores tanto biológicos e intrapsíquicos individuales como con factores interpersonales o relacionales. A su vez, estas distintas variables pueden combinarse entre sí, aumentando su complejidad².

Comencemos, pues, con aquellas causales relativas a la segunda fase de la RSH, la de la excitación sexual.

Primeramente, quisiéramos recalcar que no se deben confundir los problemas de deseo sexual con los de excitación. Es muy común en estos días escuchar en los medios de comunicación o en las conversaciones cotidianas que, al referirse a una persona que sufre de inapetencia sexual, se diga: «Lo que le pasa es que no se logra excitar» o que es un asunto de falta de creatividad erótica. Pero la segunda fase de la RSH apunta más a respuestas fisiológicas vasculares que a las sensaciones psicoemocionales propias de la fase del deseo. En concreto, la excitación sexual consiste justamente en la congestión sanguínea de la zona pélvica, que es la que posibilita la erección peneal en el hombre y la lubricación y dilatación de la vagina en la mujer. Por tanto, los trastornos de esta fase corresponden a la función genital.

Por esto, hablamos de una Disfunción Eréctil (DE) cuando se presenta una incapacidad persistente de conseguir o mantener una rigidez suficiente como para permitir un coito, la cual se manifiesta en al menos un 25 por ciento de los intentos (todos los hombres pueden experimentar episodios de incapacidad eréctil de cuando en cuando y en distintos grados, siendo esto absolutamente normal). La DE, antes denominada impotencia, está asociada a una amplia gama de

factores orgánicos, psicológicos, psiquiátricos, interpersonales y farmacológicos.

Permítannos un breve paréntesis: la relación entre deseo y erección no siempre se corresponden. Es decir, un hombre puede sentir apetencia sexual y no producirse la erección; o puede tener erección, pero no sentir el deseo. Por ejemplo, una baja autoestima puede dar pie a la aparición de ansiedad previa al acto sexual, repercutiendo en el proceso de erección, aunque se sientan las ganas³.

Así, en la consulta vemos repetidamente cómo en la mayoría de los jóvenes con DE, es el miedo a no alcanzar una erección adecuada lo que gatilla, precisamente, el problema. Este es el fenómeno de la profecía autocumplida, que les mencionamos antes.

Por su parte, al abordar el caso femenino, frente a la estimulación sexual una mujer habría de reaccionar con una respuesta vasocongestiva primaria, como el agrandamiento del clítoris, y con una secundaria llamada miotonía, que refiere a la contracción de diversas fibras musculares, como sería la erección de los pezones. Entonces, cuando alguno de estos procesos no funciona adecuadamente, podemos hablar de trastornos de la excitación sexual femenina (que en el pasado se conocía como frigidez e incluía la anorgasmia), siendo la hipolubricación uno de los más importantes. Los factores que pueden dificultar la excitación en ellas también son de un amplio espectro, tal como en el caso de los hombres.

Luego, entre los trastornos de la fase del orgasmo, existen disfunciones en ambos sexos relacionados tanto con una excesiva rapidez o bien con un excesivo retraso. En el caso de los hombres, el más común es la Eyaculación Precoz (EP). Aquí, tras haber funcionado de forma adecuada durante la fase de la excitación, progresivamente se llega a la etapa de «meseta», en la cual eventualmente se puede alargar el placer sexual

hasta el momento que se decida eyacular de forma voluntaria. Pero cuando un hombre presenta EP, se produce una erección demasiado rápida y no logra mantenerse en la fase de meseta el tiempo que quisiera, eyaculando anticipada e involuntariamente y, muchas veces, sin la sensación de clímax, sino que sintiendo como si el semen se le hubiese «escapado».

Los especialistas aún discuten cómo definir de forma más precisa esta «precocidad», si acaso por la variable tiempo, movimientos coitales, orgasmo de la pareja o involuntariedad. Según el DSM se trataría de «eyaculación persistente y recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima; o bien previa, durante o inmediatamente después de la penetración y antes de que la persona lo desee». En palabras simples, se describe como un descontrol del reflejo eyaculatorio al punto de interferir con el bienestar sexual y emocional de uno o ambos miembros de la pareja. Como ven, es una definición bastante vaga.

Al igual que en la Disfunción Erétil, todos los hombres han sufrido algún episodio de eyaculación prematura sea asociado al estrés, a un largo período de abstinencia, a expectativas irracionales sobre la propia capacidad, etcétera, sin que por esto corresponda a una disfunción. En la mayoría de los casos se debe más bien a problemas de aprendizaje en el control eyaculatorio y a otros factores psicoemocionales como ansiedad, miedo al desempeño, a la intimidad emocional, culpabilidad, represión sexual, angustia, entre otros, que a un trastorno fisiológico.

Pero existen otros dos trastornos orgásmicos menos conocidos en los hombres: la eyaculación retardada y la eyaculación retrógrada. La primera consiste en el retraso o ausencia persistente del orgasmo eyaculatorio tras un período adecuado de excitación y estimulación sexual, mientras que en la segunda el líquido seminal en vez de fluir por la uretra, se redirecciona hacia la vejiga. Entre el primero de estos trastornos

se ha distinguido recientemente el llamado Anorgasmia Coital Masculina (ACM), para referirse al retardo eyaculatorio que se produce solamente en la vagina de su mujer y no en la masturbación. Estos últimos casos han aumentado significativamente en hombres entre 30 y 40 años, cuyas parejas lo sienten como una afrenta a su autoestima.

En el caso de las mujeres, la disfunción orgásmica más común es la anorgasmia o inhibición persistente de las contracciones que conducen a la sensación de placer y satisfacción sexual, a pesar de haber recibido una adecuada estimulación en intensidad, duración y tipo⁴. Y al igual que en los hombres, es perfectamente normal que en ocasiones las mujeres presenten dificultad para lubricarse y/o alcanzar el clímax.

Pero existen también otras dos disfunciones que ameritan ser nombradas. La primera es la dispareunia femenina, la que se refiere a distintos grados de dolor (desde una molestia o irritación hasta uno intenso) al momento de la penetración o con posterioridad a ella. La segunda es llamada vaginismo, síndrome que se caracteriza por la contracción involuntaria de los músculos vaginales, al punto de dificultar o imposibilitar la penetración⁵. En estos casos, si se intenta el coito, aparece el dolor.

Volviendo a la dispareunia, es posible que se presente también en algunos hombres, recibiendo el nombre de coitalgia. Consiste en un dolor vago que aparece específicamente al momento de la penetración o al eyacular. Y un número cada vez mayor de jóvenes afirman en la consulta que su renuencia a practicar el coito con sus mujeres se debe al dolor. Son molestias que ellos mismos califican como «raras» y, dado que se descartan causas orgánicas como fimosis o infecciones en la zona, estaría relacionado con la ansiedad por el desempeño sexual o con alguna emoción negativa encubierta respecto de la pareja.

Un poco de historia acerca del Deseo Sexual Hipoactivo

Antes de adentrarnos en las disfunciones sexuales de la fase I de la RSH, quisiéramos contarles un poco acerca del contexto histórico en que se «descubrieron» los trastornos asociados al deseo sexual y sobre cómo se llegó a la denominación de Deseo Sexual Hipoactivo (DSH).

En el siglo xx se produjeron dos fenómenos fundamentales para el ámbito de nuestra sexualidad. En primer lugar, una serie de cambios socioeconómicos influyeron en que, poco a poco, se considerara el funcionamiento sexual como parte primordial de la identidad del individuo y de la felicidad humana. Y, segundo, las profesiones médicas fueron tomando el rol de nuevas autoridades morales y religiosas en el ámbito de la sexualidad lo que, en palabras de Foucault, llevó a una «proliferación de sexualidades». Fue así como, a finales de la década del setenta, Harold Lief y Helen Singer Kaplan identificaron un nuevo desorden sexual que se caracterizaba por la disminución de la libido⁶. Lo más interesante es que, desconociendo el trabajo que el otro llevaba a cabo, acuñaron de forma simultánea nombres similares para describir este nuevo fenómeno: Deseo Sexual Inhibido y Deseo Sexual Hipoactivo, respectivamente.

¿Qué pasaba en nuestra sociedad como para que fructificaran estos hechos? En aquel tiempo, los medios de comunicación publicaron una avalancha de mensajes asegurando que el sexo era una actividad beneficiosa, lo que claramente presionaba mentalmente a la sociedad hacia lo sexual. Y, en parte debido a esto, aquellas personas que habitualmente se mostraban desinteresadas por los aspectos sexuales o que no consideraban la disminución de las ganas como un problema, empezaron a sentirse inadecuadas. Así, pronto se

vio incrementado el número de pacientes que acudían al sexólogo a quejarse por su bajo deseo, haciéndose necesario estudiar y catalogar de manera sistemática y puntual los problemas de libido.

De este modo, la disfunción de la libido se incorpora como la fase I del modelo lineal de la RSH y se caracterizaría por la ausencia de motivación a participar de una actividad sexual, sea asociada al desinterés, a determinados miedos u a otras causas. Y si antes los especialistas asumían que las problemáticas del deseo referían exclusivamente a particularidades fisiológicas de la actividad sexual, pronto vieron que existían dos síndromes distintos: uno marcado por la disminución del interés sexual, que recibió el nombre de Deseo Sexual Hipoactivo (DSH), y otro referido al rechazo de todo contacto sexual, debido principalmente a algún intenso temor, llamado Aversión Sexual (AS). Pero ¿qué es una disfunción del deseo sexual?

La inapetencia sexual en el modelo lineal de la RSH alude a que, bajo condiciones adecuadas, el deseo tendría que presentarse en forma previa al contacto sexual. Es decir, las ganas serían el punto de partida para que todo lo demás funcionase. Sin embargo, hoy se discuten estas afirmaciones, ya que, como ya sabemos, perfectamente el deseo puede emerger después de la fase de excitación y porque no siempre el deseo ha de culminar en una conducta sexual⁷.

Antes de hablarles de los criterios diagnósticos del DSH, quisiéramos comentarles que, dentro de la RSH, la fase del deseo es la que presenta mayor cantidad de síndromes, síntomas y problemáticas, donde la primera gran distinción es entre aquellos que se califican como *por defecto* versus los *por exceso*⁸. Pero el tema que nos convoca acá son los desórdenes asociados a una hipoactividad de la apetencia sexual.

Criterios diagnósticos del Deseo Sexual Hipoactivo

Hoy por hoy, con Google como la gran herramienta de información, muchos pacientes acuden a nosotros habiendo indagado previamente en cientos de páginas web e, incluso, habiéndose autodiagnosticado. No obstante, el problema con esto radica en que los jóvenes que nos consultan no cumplen con todos los criterios y, por lo tanto, no les sería aplicable el diagnóstico de DSH, generándoles mayor confusión y angustia.

Veamos a grandes rasgos qué nos dice la definición clínica del DSH, la cual ha ido cambiando a lo largo del tiempo. En un inicio, el único criterio apuntaba a que el déficit de deseo sexual fuese persistente o recurrente. Luego se sumó el de ausencia de fantasías sexuales y escasa actividad sexual. Por último se añadieron dos condiciones necesarias para efectuar el diagnóstico final de DSH: provocar un marcado malestar personal y perturbación de las relaciones interpersonales.

Con esto, los criterios que rigen hasta hoy son los siguientes:

- Criterio A: Disminución o ausencia de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente.
- Criterio B: El trastorno provoca malestar acusado o dificultades de relación interpersonal.
- Criterio C: El trastorno sexual no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (excepto cuando es otra disfunción sexual) y no se debe en exclusiva a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, drogas o fármacos) o a una enfermedad médica (como depresión).

Entonces, al no identificarse con estas definiciones, los afectados se llenan de preguntas. Por ejemplo, a la inmensa mayoría no les calza el criterio A ya que sí tienen fantasías sexuales, se masturban regularmente y sienten apetencia sexual,

pero, por más que quisieran, no sienten deseo por su mujer. Complicando aún más el panorama, algunos de ellos sí sienten ganas ocasionales y viven períodos de intensa actividad sexual con ella, para luego volver a pasar meses sin desearla nuevamente. También hay otros que, aun sintiendo deseo espontáneo por su pareja, dejaron de tomar la iniciativa y, como ella no quiere ser siempre quien lo busca, su vida sexual queda muy reducida. Y están aquellos que, habiendo sentido un deseo inicial, lo pierden cuando es ella la que toma la iniciativa o al momento de la penetración.

Y, como mencionamos antes, muchos son hombres jóvenes, sanos, que no se sienten deprimidos ni estresados ni son adictos a sustancia alguna, quedando solo el criterio B como posible identificador. Es decir, en ambos miembros de la pareja la inapetencia ha provocado el suficiente malestar subjetivo —se ha convertido en una disfunción para ellos— como para buscar ayuda especializada. Como pueden ver, no es tan importante la significación o reconocimiento de alguna de las pautas «patológicas», sino la vivencia de sufrimiento que ocurre en la pareja misma.

Por lo mismo, tras leer la descripción clínica del DSH y no reunir todos los criterios para el diagnóstico, muchos pacientes se preguntan: ¿qué tengo?, ¿qué me pasa? Ellos saben que biológica y psicológicamente están sanos, que en general no han dejado de sentir deseo, que funcionan bien sexualmente (en la masturbación o con otras mujeres), que no tienen mayores problemas vitales ni están estresados, que muchas veces ni siquiera tienen hijos que perturben su privacidad, ni una suegra metida al medio, etcétera. Todo pareciera marchar a la perfección, salvo «ese detalle» de no sentir las ganas de tener sexo con la mujer que aman. Hay unos que creen resolver el problema achacándole la responsabilidad al desgaste natural e inevitable que trae el paso del tiempo, al *se terminó la pasión*,

como dicen. Otros se preguntan si será que ya no aman a su mujer, para lo que, según sus propias palabras, no habría remedio ni terapia que valga, porque en todos estos casos ellos sí se sienten enamorados y su mayor temor es poder perder a su mujer por la falta de deseo.

¿Puedo confiar en lo que me digan los expertos?

Uno de los mayores problemas en sexología es que tanto la clasificación de las disfunciones sexuales como sus criterios diagnósticos han recibido serias críticas de parte de los mismos investigadores y clínicos desde sus inicios⁹. Los últimos cuestionamientos son más de fondo que los de antes, habiendo errores de comisión y omisión, como no haber incorporado la nueva información existente. Por un lado, se ha criticado que, al no ser la categorización de cada una de las disfunciones lo suficientemente precisa, pueden ocurrir, como sostiene Robert Segraves, casos de solapamientos diagnósticos y comorbilidad en que a los pacientes se les adjudican trastornos incluso en las tres fases de la RSH: trastornos del deseo, de la excitación y del orgasmo¹⁰. En estas situaciones es muy difícil determinar cuál es la condición primaria, información clave para definir el tratamiento a seguir. Además, aún no se logra unanimidad de opinión respecto de las definiciones y los diagnósticos, así como tampoco existen datos suficientes como para asegurar la fiabilidad y validez de dicho diagnóstico, redundando en criterios arbitrarios, incompletos, reduccionistas, confusos e inexactos. Tanto es así, que Laura Caldiz se pregunta si aquello que los expertos decimos a los pacientes sobre sus quejas sexuales está realmente ayudándolos o más bien creándoles problemas iatrogénicamente o transformándoles su malestar en algo crónico¹¹.

Dado este panorama, como clínicos nos vemos obligados a elaborar nuestros propios criterios de evaluación, evitando así patologizar funcionamientos que son normales y difícilmente una disfunción sexual se presenta en términos dicotómicos absolutos, puesto que nuestra sexualidad se ubica en el fondo dentro de un continuo de satisfacción individual e interpersonal. Concretamente en el ámbito del deseo sexual, no debemos olvidar que la explicación de los procesos que ocurren en la fase I entraña desafíos más complejos que los de las fases II y III, ya que en estas últimas —excitación y orgasmo— podemos recurrir a elementos empíricos, objetivos y orgánicos para conceptualizarlos. Porque, si recuerdan, en el deseo sexual entran en juego factores socioculturales y emocionales, haciéndolo más subjetivo y obstaculizando la distinción respecto de las otras disfunciones.

A continuación compartiremos con ustedes una serie de reflexiones a partir de las dudas que nos plantean nuestros pacientes acerca de los criterios diagnósticos del DSH.

Partamos por el criterio A. La pregunta que surge apunta a si realmente la presencia de fantasías sexuales son un componente imprescindible del deseo o bien si su ausencia indicaría necesariamente un DSH. Los datos son escasos sobre este tema, mas la ausencia de fantasías sería más bien normativa entre las mujeres, tal como lo sería la disminución del deseo sexual espontáneo en las relaciones de pareja de larga data¹². Es sabido, sí, que las fantasías decrecen con la edad, tanto en hombres como en mujeres.

Por su parte, el criterio B asume implícitamente que lo «normal» sería que una persona se sintiese negativamente afectada por su falta de deseo sexual. Pero como esto no siempre es así, se han suscitado interesantes discusiones. Por ejemplo, entendiendo que el malestar personal es una sensación muy subjetiva, los especialistas han cuestionado la definición

operacional del DSH por ser discordante con la comprensión personal que tiene una persona sobre su propio deseo¹³, ya que es perfectamente posible que la inapetencia no represente un problema en ciertas personas, sea por su contexto de vida, sexo, edad, falta de pareja, opción religiosa, etcétera. Con esto, se ha dicho incluso que la definición vigente del DSH estaría patologizando a los asexuales y vulnerando sus derechos.

De forma similar, se supone que lo «normal» es que las parejas tengan una vida sexual relativamente frecuente. Y cuando no es así, «tendría» que haber un malestar interpersonal. Sin embargo, la pérdida del deseo no siempre representa un problema para los dos miembros de la pareja, estando ambos medianamente conformes con esta situación.

Es importante señalar que en la mayoría de las parejas que nos consultan debido a lo esporádico de sus relaciones sexuales, no ha desaparecido la Apetencia Fisiológica Indiscriminada (AFI), ya que la masturbación, por lo general, ha mantenido su frecuencia habitual e incluso ha aumentado. Y esto es precisamente lo que caracterizaría al tipo de DSH que llamamos selectivo-relacional (DSHsr), ya que al permanecer intacta la pulsión sexual, no se trataría de una libido baja, sino solamente de una ausencia del Deseo Sexual Selectivo (DSS).

Pero ¿cómo sabemos si estamos ante un problema sexual menor o transitorio manifestado como queja o bien frente a una disfunción propiamente tal? Una vez más, debemos reconocer que existen falencias y que los manuales no aclaran a qué se refieren exactamente con los términos *persistente* o *recurrente*. Estamos en aguas turbias y, por lo mismo, es común poner en un mismo saco las dificultades frecuentes y periódicas de apetencia sexual con aquellas ocasionales. Entonces, al no existir un único indicador del grado de severidad, debemos considerar una combinación de distintos elementos tales

como la forma y momento del inicio, el curso y los contextos en que se presenta.

Dada la dificultad que entraña cuantificar estados tan subjetivos como las fantasías y el deseo sexual, se ha optado por el camino fácil de hacer equivaler la apetencia con alguna conducta sexual (generalmente el coito) y de cuantificar su frecuencia en pos de evaluar su grado. Sin embargo, como ya dijimos, el sentir deseo no motiva forzosamente el embarcarse en alguna actividad sexual así como la falta de actividad sexual no implica ausencia de deseo. Por lo tanto, es posible que, a pesar de tener ganas, no se culmine en alguna práctica sexual debido, por ejemplo, al temor de tener un mal desempeño (una de las razones que oímos con frecuencia de nuestros pacientes hombres). Por otro lado es también perfectamente plausible llevar a cabo un encuentro sexual por otras motivaciones que no sean el deseo, como el sentirse afectivamente cercano con el otro o para complacerlo, actitud que se ha observado tanto en mujeres como en hombres¹⁴.

Para cerrar el tema de las problemáticas relativas al diagnóstico del DSH, quisiéramos recalcarles que las falencias de los criterios evaluativos en torno a problemas tan complejos, relativos y subjetivos como son los del deseo sexual, pueden acarrear consecuencias muy serias, incluyendo, entre otros, el aumento en las tasas de divorcio.

¿Será esto, lo otro o ambos?

Hernán, exitoso ejecutivo de 48 años, casado y con tres hijos, consulta por la pérdida de deseo sexual en los últimos cuatro años. Además le preocupa su desgano en general; le cuesta quedarse dormido y amanece cansado. Ha bajado de peso y se siente estresado. Nos cuenta que, según su

señora Sofía, todo lo que le pasa se debe a su personalidad maniática y perfeccionista, que se ha ido agudizando con el tiempo. Al preguntarle por antecedentes familiares, nos dice que hay casos de diabetes, hipotiroidismo e hipertensión en su familia y que toma fármacos para controlar su presión arterial y su nivel de colesterol.

A medida que Hernán enumeraba sus problemas, se hizo evidente que la baja de libido era un síntoma más dentro de un cuadro más complejo. Debíamos dilucidar si sufría algún desorden psicológico y/o psiquiátrico (depresión, ansiedad, rasgos obsesivos patológicos), o tal vez alguna enfermedad física, amén de los efectos secundarios de los fármacos que ingería. Además, ver si había conflictos de pareja encubiertos que pudiesen estar influyendo.

Y si dentro de la psicología ya es difícil establecer diagnósticos diferenciales, dentro de la sexología lo es aún más. Así, cuando nos enfrentamos a una disfunción sexual, es muy probable que el paciente presente más de un desorden simultáneamente, lo que se conoce como comorbilidad, sea en el ámbito de la sexualidad como en el psicológico y/u orgánico.

En estas situaciones debemos evaluar cuál desorden surgió primero y ver si, además, hay una relación causal entre ellos. Es decir, puede tratarse de dos o más síndromes que coexisten (diagnóstico dual) pero independientes entre sí, o pueden ser dos condiciones causalmente correlacionadas, donde una de ellas sería la causa (primaria) de la otra (secundaria).

Para hacer más complejo el panorama, otro aspecto a definir radica en la distinción entre un diagnóstico diferencial de uno de comorbilidad. Por ejemplo, un problema de libido baja puede estar asociado a desórdenes depresivos, obsesivo-compulsivos, estrés postraumático, o deberse a efectos secundarios de ciertos fármacos (como psicotrópicos, antidepresivos,

etcétera), o bien ser el resultado del consumo de sustancias como drogas o alcohol. Pero es asimismo posible que estén influyendo al mismo tiempo variables de distinta índole, lo que se diagnostica como trastorno por factores combinados.

Luego, la inapetencia sexual también puede darse junto a alguna enfermedad médica (insuficiencia renal, diabetes, ciertos tipos de cáncer, entre otros). En estas condiciones, el DSH sería el cuadro secundario, puesto que responde a alteraciones que están afectando el sustrato fisiológico del impulso sexual.

Como podrán suponer, todas estas evaluaciones son fundamentales, en la medida en que determinan el diseño terapéutico y, por tanto, el pronóstico.

¿No tengo deseo y/o no funciono bien?

Cuando Ricardo consultó no recordaba qué fue primero: si la disminución del deseo o sus problemas de erección. Lo único que tenía claro era que, actualmente, le pasaban las dos cosas. Patricio, por su parte, sí sabía que todo comenzó con la eyaculación precoz y que la pérdida del deseo fue después.

Tal como en los casos de Ricardo y Patricio, el DSH en hombres puede estar asociado a problemas de excitación y/o orgásmicos. A veces es muy difícil establecer cuál de las condiciones surgió primero, por lo que la respuesta puede ser un tanto arbitraria¹⁵. En términos generales, según un estudio ya clásico, se encontró que un 41 por ciento de las mujeres y un 47 por ciento de los hombres diagnosticados con DSH, presentaban adicionalmente al menos una disfunción sexual más¹⁶. Y en el caso específico de las mujeres, un 18 por ciento de estas recibió diagnósticos en las tres fases de la RSH. Es decir, tenían trastornos de deseo, de excitación y de orgasmo.

Años después, Agripino Matesanz calculó que un 66 por ciento de los hombres con falta de deseo sexual había cualquier mujer (es decir, no selectivo), padecía además otra disfunción¹⁷. Y, efectivamente, en ocasiones son los problemas de erección los que desencadenan la disminución del deseo, sin por esto colegir que todos aquellos que sufren Disfunción Eréctil (DE) presenten un DSH. Pero puede darse también lo contrario: que la inapetencia sexual desencadene la DE.

Por otro lado, algunos hombres que padecen DSH pueden conservar intacta la capacidad de erección y de orgasmo como respuesta reactiva a una adecuada estimulación sexual. Asimismo, otros pueden creer que su problema es de baja libido cuando es DE. Lo que le había pasado a Ricardo fue que las dificultades eréctiles iniciales le provocaron ansiedad por el desempeño, afectando su deseo y motivación a involucrarse sexualmente con su pareja. O, como bien comenta Matesanz, más que inapetencia, este hombre huye del coito por «amor propio», miedo al fracaso o para evitarse una frustración.

Así, es el estado emocional negativo, producto de los trastornos de excitación y/o orgasmo, el que perpetúa la evitación del coito.

Otra confusión común de los pacientes es creer que sus dificultades eréctiles se deben a que ya no desean a su mujer, lo que se relaciona con su falocentrismo. Como les constará, los hombres suelen considerar el grado de erección como «el» indicador de su libido. Todas estas confusiones se producen porque los trastornos de deseo y de excitación se interinfluyen y solapan entre sí, ya que ambos procesos dependen de la habilidad interna para procesar la información durante la actividad sexual.

¿Tengo una aversión al sexo?

El hombre que tiene miedo sin peligro inventa
el peligro para justificar su miedo.

ALAIN EMILE CHARTIER

El DSH puede confundirse con la Aversión al Sexo y/o con ciertas fobias sexuales, aunque se trata de situaciones extremas en las que se evitan de forma intensa, persistente y recurrente todos o casi todos los contactos genitales. Estas disfunciones son poco comunes y se presentan mayormente en mujeres¹⁸. Quienes las sufren, evitan a su pareja y evaden las situaciones de tipo sexual mediante estrategias de diferente índole, como yéndose tarde a la cama, viajando, descuidando la imagen externa, tomando sustancias o utilizando todo momento libre para crear momentos familiares, sociales o laborales. El uso de estas tácticas suele provocar malestar en el otro y afecta a la relación de pareja. En sus grados más graves, la persona no solo carece de deseo sexual, sino que también se manifiesta en forma de asco, repulsión, ansiedad, disgusto o terror, provocando incluso reacciones corporales tales como el incremento de la tasa cardíaca, sudoración intensa, tensión muscular, dificultad para respirar, náuseas, mareos, desmayos, temblores y crisis de pánico.

En la consulta nosotros hemos atendido a muy pocos hombres con aversión al sexo o fobia sexual. Y estos pocos eran jóvenes que, habiendo funcionado adecuadamente por años, ya no podían tolerar siquiera que su mujer los tocara cerca de sus genitales.

Más frecuentes son aquellos casos en que tras una disfunción eréctil desarrollaron con posterioridad un DSH selectivo. Ellos nos cuentan que, al intentar tener relaciones con su pareja (por

insistencia de ella), presentan las mismas reacciones corporales que los fóbicos. Es posible que, debido al temor de no poder funcionar, inconscientemente hayan inhibido su deseo sexual, evitando así exponerse a la situación que tanto les atemoriza.

Pero hay problemas que afectan a un mayor número de personas, como verán en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO VIII

¿Una epidemia del siglo XXI?

Existen tres tipos de mentiras, la mentira,
la maldita mentira y las estadísticas.

MARK TWAIN

Juan Cristóbal y Mónica fueron una de las primeras parejas con DSH que atendimos. Por casi dos años, él no asumió su problema, negándolo incluso ante su mujer. Un año más pasó sin que se atreviesen a pedir ayuda. «Por vergüenza», dicen ambos. Jamás habían escuchado de otro hombre que evitara el sexo por falta de ganas. Él oía cómo sus amigos decían sentir deseo casi todo el tiempo, y ella escuchaba a sus amigas quejarse de que sus maridos «no las dejaban nunca en paz». Para Mónica estaba claro que él era anormal, completamente distinto a otros hombres. Pero ¿Juan Cristóbal era el único con este problema?

¿Han aumentado o disminuido los problemas sexuales en los últimos años?

Repetidamente vimos cómo nuestros pacientes hombres creían ser una excepción al no sentir deseo sexual por su mujer, lo que

les generaba una gran angustia. Por cierto, era muy común que en reuniones de hombres estos se jactasen de su potencia sexual, su frecuencia coital y adornasen relatos muy alejados de la realidad. Con esto era entendible también que estos hombres dejasen pasar demasiado tiempo sin consultar, esperando que el problema se solucionase solo.

Pero poco a poco empezaron a llegar a la consulta, habiendo leído ya algo sobre el tema e incluso habiéndolo comentado con algún amigo, descubriendo con sorpresa que más de uno de su propio círculo se encontraba en la misma situación que él.

Desde que comenzamos a publicar sobre el tema en nuestro blog, nos han llegado mails de muchos países distintos. Personas de ambos sexos nos contaban lo aliviadas que se sentían al saber que no eran los únicos que sufrían la misma dificultad y, sobre todo, al enterarse de que era tratable. Muchos de estos jóvenes al principio creían padecer un trastorno grave, pensando incluso que se debía a una homosexualidad latente. Sus parejas, a su vez, estaban convencidas de que solo a su hombre le ocurría esto, buscando desesperadas una respuesta que no podían encontrar.

Así, considerando que hace unos cuantos años atrás estos hombres con inapetencia sexual apenas consultaban, para los clínicos estos futuros pacientes nos eran prácticamente desconocidos. Por esto, cuando llegaron a nuestra consulta los primeros pacientes, estábamos desconcertados. Buscamos en la literatura científica y no encontramos mucho, menos aún acerca de cuántas personas estaban afectadas. Esta misma situación fue la que llevó a Michele Weiner-Davis en 2008 a subtitular su libro acerca de la pérdida del deseo en hombres como *El secreto mejor guardado en USA*¹. Es decir, los especialistas nos enfrentábamos a un fenómeno que se vivía puertas adentro y que pronto aumentaría ostensiblemente.

Con el correr de los años aparecieron estudios que demostraron que no se trataba de casos aislados, sino de algo bastante más cuantioso de lo que sospechábamos². Las estadísticas con las que contamos hoy apuntan no solamente hacia un aumento progresivo y exponencial, sino que ciertos datos describen que, en muy pocos años, los varones con deseo sexual hipoactivo parecen haber superado a la cantidad de mujeres con el mismo problema. Pero ¿han aumentado todas las disfunciones sexuales o solamente aquellas relativas a los desórdenes del deseo sexual?

Lo primero que quisiéramos destacar es que mientras la información sobre inapetencia sexual femenina es muy extensa, el material en torno a la masculina es muy limitado (y hasta hace poco se abocaba casi exclusivamente a deficiencias de la libido asociadas al hipogonadismo y en hombres mayores). Hoy, la situación ha mejorado un tanto, pero aún no es satisfactoria. Por ejemplo, casi no se ha investigado el caso de hombres jóvenes aquejados de DSH selectivo, que son los que más consultan hoy en día. Esta situación puede deberse, en parte, a que es un verdadero desafío para los investigadores el llevar a cabo un estudio científico de la sexualidad y sus disfunciones, especialmente de aquellas asociadas al deseo sexual. Y si bien aún son escasas las aproximaciones epidemiológicas y los resultados obtenidos continúan adoleciendo de serias deficiencias, las investigaciones han ido avanzando, tanto en calidad como en cantidad, gracias a lo cual hoy podemos conocer ciertos patrones y variables que se repiten, lo que nos permite ir estableciendo incipientes tendencias.

Entre los hallazgos coincidentes podemos decir que un porcentaje significativo de hombres y mujeres han padecido, en algún período de su vida, de algún tipo de problema sexual. Específicamente, en Estados Unidos se ha encontrado en un 40 por ciento de las mujeres y en un 30 por ciento de los

hombres, en tanto que en Chile, según una encuesta a nivel nacional, aunque sin especificar la presencia de disfunciones, un 60 por ciento de ellas y un 43 por ciento de ellos reconocen estar sexualmente insatisfechos³. Sobre las disfunciones sexuales más frecuentes en la población estadounidense al año 1990, en las mujeres era la anorgasmia, mientras que en los hombres destacaban la Eyaculación Precoz (EP), la Disfunción Eréctil (DE) y la inhibición del orgasmo⁴. Es interesante notar que no aparece información alguna sobre DSH para ninguno de los dos sexos, denotando así «qué» se investigaba en esos años y «qué» era lo relevante para los autores en esa época.

En las últimas dos décadas, sin embargo, nuevos hallazgos indican que los trastornos orgásmicos han aumentado en ambos sexos, pero es el DSH la disfunción de crecimiento más significativa tanto en mujeres como en hombres⁵. Por el contrario, la EP habría disminuido y la DE seguramente irá en retroceso gracias a fármacos como el Sildenafil (Viagra) y sus derivados.

¿No les parece paradójico que sea justamente ahora en esta sociedad hipersexualizada y con mayores libertades cuando se haya incrementado tanto la inapetencia sexual? ¿Se trataría, pues, realmente de un problema nuevo, que emergió en la década de los setenta tras la identificación (o el «descubrimiento») de la fase del deseo sexual? ¿O es que el mismo hecho de definir un problema conduce a que este aparezca como tal? Todas estas preguntas contienen parte de razón. Desde que Kaplan y Lief distinguieron dicha fase, las consultas por el tema han crecido sostenidamente.

Entonces ¿nos encontramos efectivamente frente a una epidemia o será que en esta época en que se enaltece el sexo como una actividad culturalmente deseable, la gente tiene una actitud más abierta y se atreve a consultar por problemas que antes callaba?

Haciendo un poco de historia, es ilustrativo el caso de los hombres, quienes al atreverse a pedir ayuda primero para la EP y después para la DE, generaron una condición tal que hoy nuevos hombres se arriesgan a consultar por su bajo deseo sexual.

Dentro de este contexto, la tendencia que se repite coincidentemente en las distintas investigaciones apunta a las quejas por inapetencia sexual, las que se presentan en un rango promedio de 20 por ciento a 40 por ciento, sin distinción de género. Respecto de este último punto, si bien antiguamente era mucho más común que las mujeres sufrieran de disfunciones sexuales, hoy son los trastornos sexuales masculinos los que han crecido con mayor asiduidad, habiéndose acortado la distancia entre los sexos.

Pero una cosa es lo que dicen las estadísticas y otra muy distinta es lo que los especialistas observan en sus consultas día a día. De acuerdo a la información entregada por los medios de comunicación, en los últimos años los ginecólogos, psiquiatras, psicólogos y sexólogos parecen coincidir en que, entre todos los problemas sexuales existentes, los que más gente llevan a las consultas son los relacionados a la disminución de la apetencia sexual. Al ser entrevistados, ellos afirman que esta disfunción es la de mayor incidencia en el mundo y la que más se ha incrementado en el último tiempo, tendencia que se refleja asimismo en Chile⁶. En palabras de Gindin: «El deseo sexual hipoactivo supone uno de los retos más importantes de la sexología clínica. Es la disfunción cuya incidencia aumenta progresivamente a mayor ritmo y, probablemente, la que más fracasos terapéuticos atesora»⁷.

Según nuestra experiencia clínica, el principal motivo de consulta en sexología es, por lejos, el trastorno del deseo. Y si bien llegan personas de todas las edades, las más frecuentes son: hombres jóvenes, mujeres jóvenes y parejas jóvenes (donde ambos sufren de inapetencia sexual). ¡En ese orden! Esto

ha llevado a Pablo Seoane a afirmar que «la falta de ganas es el problema que más se expande entre los jóvenes»⁸. Al analizar todas estas tendencias podemos concluir que estamos frente a un problema que continúa en expansión, siendo uno de los principales desafíos para los expertos. Y como muchas parejas no acuden a consultar —justamente porque no tienen ganas de tener ganas—, la incidencia debería ser aún mayor de lo que reportan los estudios y encuestas.

¿Tienen los hombres de hoy menos deseo sexual que las mujeres?

Beto nos escribe desde México: «Admito que hace algún tiempo estoy inmerso en algo que podría llamar apatía sexual. La verdad, es muy difícil decirle a tu pareja que algo pasa... Y aunque suene exagerado, créanme, mujeres que lean esto, no lo es. Porque, dada la educación y los mitos de que los hombres no sufrimos, cuesta reconocerlo.

He iniciado una terapia y me hice análisis, pero estoy más perdido que ayer. Mi esposa está muy enojada y no la culpo. Pero ¡no sé qué me pasa! ¿Cómo hacerle entender que no es por ninguna de las razones que ella pueda pensar? No soy infiel, no estoy enfermo, la quiero... No sé, tantas y tantas dudas, y tanta presión que aumenta mi sentimiento de soledad. Somos hombres pero también sentimos miedo e inseguridad. Seguramente hay miles o millones de hombres como yo que quieren a sus mujeres y trabajan junto a sus parejas por tener una relación sana y equitativa, pero se encuentran en esta misma condición. Realmente, no sé qué hacer.

Imaginen que se encuentran haciendo un trámite en el centro y una persona se les acerca, encuesta en mano, a preguntarles

si sufren de alguna dificultad sexual. Ustedes como hombres, ¿les serían sinceros? ¿Se atreverían a decirle realmente con qué frecuencia mantienen actividad sexual con su mujer? ¿Le reconocerían que no quieren tener sexo con ella? Al igual que ustedes, creemos que no. La presión del contexto social y la vergüenza siguen jugando un rol importante al abordar nuestra sexualidad frente a desconocidos (sean o no especialistas).

Por lo mismo, no podemos confiar totalmente en las encuestas y estudios. Así, al escuchar los relatos cargados de angustia de los hombres afectados por esta situación, hemos de ser sensibles a su dolor y a su confusión al no encontrar razones claras que darle a sus parejas sobre lo que les pasa.

Al acercarnos al problema desde el prisma de género, Levine sostiene que la cifra real de prevalencia del DSH masculino es más elusiva e imprecisa que en las mujeres debido, en parte, a que los hombres suelen ocultar información al ser consultados por su funcionamiento sexual⁹. Como decíamos, todavía es culturalmente esperable que a ellos les avergüence reconocer que sufren bajo deseo sexual: en promedio, un hombre demora dos años en consultar por un problema sexual. Es más, tras este período, muchas veces es su mujer la que pide la hora.

De seguro ustedes habrán escuchado eso de que «los hombres siempre están listos para el sexo». Sin embargo, la disminución del deseo sexual en hombres, y más encima jóvenes, denota el cambio tan relevante que ha ocurrido recientemente en nuestra sociedad. En efecto, son las parejas en torno a los 30 años las que más nos solicitan hora por este problema, lo que es confirmado por los estudios que pregonan que el DSH es hoy más frecuente en hombres menores de 50 años que en hombres mayores¹⁰.

Pero, además, al ser el DSH un fenómeno relativamente nuevo, los diagnósticos erróneos son más comunes de lo que

se puede esperar. Por ejemplo, el clínico puede estar tratando una Disfunción Eréctil (DE) como si hubiese sido la disfunción primaria, siendo que muchas veces fue la aparición de la inapetencia sexual la que terminó afectando secundariamente la erección y no al revés. Por lo mismo, los expertos coinciden al señalar que el DSH masculino es una condición subdiagnosticada, ya que tanto en la opinión pública como en la práctica médica se lo suele confundir, catalogándolo como DE.

Inapetencia sexual diádica y los llamados matrimonios sin-sexo

Existe asimismo una confusión respecto del término «inapetencia sexual diádica». Mientras algunos expertos lo usan para referirse a la falta de ganas sexuales en una persona emparejada, otros lo refieren a aquellos casos en que ambos miembros de una pareja presentan bajo deseo sexual.

Si bien actualmente se reconoce que las parejas están más inclinadas a consultar si cualquiera de las partes sufre algún síntoma sexual, son casi inexistentes los estudios que comparan la presencia de DSH entre personas con y sin pareja. Por lo tanto, no es posible saber con certeza si hoy hay un mayor número de parejas afectadas que antes o en qué porcentaje lo padece solo un miembro o ambos, o quién presentó primero el síntoma. Lo que sí nos consta es que prácticamente no consultan por problemas sexuales personas que no están emparejadas.

Así, mientras que ya antes del año 2000 Edward Laumann afirmaba que los hombres solteros o divorciados presentaban menos DSH que los casados, en investigaciones posteriores se encontró que cerca de un 7 por ciento de las parejas casadas no habían mantenido relaciones sexuales el último año y un

16 por ciento aproximadamente no las habían practicado en el último mes¹¹. En otros estudios se menciona que un tercio de las parejas americanas tiene muy pocas relaciones sexuales al año, lo que ha llevado a algunos a declarar que Estados Unidos vive una epidemia de «flojera erótica», puesto que 1 de cada 5 parejas casadas tiene menos de 10 relaciones sexuales al año, número estándar para definir a las llamadas «parejas sin sexo» o matrimonios blancos¹². La gran novedad es que si otrora lo común era que los maridos se quejaran por la escasa periodicidad de sus relaciones sexuales, hoy han crecido los reclamos mutuos, y en especial han aumentado el número de mujeres con mayor interés sexual que sus maridos.

Entonces, aunque la escasez de vida sexual se ha incrementado en todos los rangos de edad, lo vemos especialmente en parejas que bordean los 30 años, donde un abismante 26 por ciento declara que no hacer el amor durante meses les resulta indiferente. Lo otro que llama la atención es que este problema se produce más entre recién casados y pololos que en matrimonios con más de veinte años juntos¹³.

De acuerdo con todos los datos mencionados, podemos concluir que la presencia de disfunciones sexuales ha sido y sigue siendo estadísticamente significativa en ambos sexos, aunque se ha acortado la brecha entre ellos. Sin embargo, los problemas en el área de la sexualidad no han sido siempre los mismos ni su prevalencia ha sido igual a lo largo del tiempo: en tanto que algunos han disminuido, otros han aumentando y han aparecido unos nuevos.

Hoy por hoy, al final de cuentas, serían los problemas de DSH los de mayor preponderancia, especialmente en hombres jóvenes (entre quienes han aumentado también otras disfunciones sexuales) y en parejas conformadas por personas en torno a los 30 años que llevan solo unos años de convivencia.

CAPÍTULO IX

¿Son iguales todos los casos de inapetencia sexual?

El hombre es de tres maneras: como él dice que es, como los demás dicen que es y como realmente es.

ANÓNIMO

El deseo sexual y sus disfunciones se presentan, psicológica y conductualmente, de modos muy diferentes. Por ejemplo, Vicente, quien nos visitó en la consulta, es un soltero de 40 años que no ha tenido nunca un gran interés por el sexo; rara vez toma la iniciativa y solo ocasionalmente se masturba, condición que todavía es más frecuente en las mujeres. Su situación no le genera un mayor malestar personal, salvo si quisiera tener hijos. O Danilo, de 58 años, que tuvo durante años un funcionamiento sexual normal y satisfactorio, pero con la edad y la hipertensión, su deseo ha mermado y ahora se masturba solo ocasionalmente. En cambio, en Gerardo han disminuido únicamente las ganas de estar sexualmente con su mujer y se masturba frecuentemente. O el caso de tantos hombres y mujeres que, a pesar de sentir deseo por sus respectivas parejas, no inician el acercamiento sexual y se limitan a masturbarse. O bien otros que solo funcionan en ciertas situaciones o ante un tipo específico de personas. También están

aquellos que sienten deseo exclusivamente por personas que no son su pareja estable; los que no sienten deseo de forma espontánea, pero responden bien a los requerimientos de su pareja; los que..., bueno, podríamos seguir largamente.

En otras palabras, cuando alguien llega a consultar con una preocupación asociada a un deseo sexual que considera insuficiente, se debe evaluar cada caso de forma única y bajo ciertos criterios que nos ayuden a distinguir los distintos subtipos, teniendo presente que además pueden traslaparse entre sí. Entonces, para determinar el subtipo específico de DSH al cual nos enfrentamos, es necesario realizar un proceso indagatorio que incluya el historial de pensamientos, fantasías, conductas, formas de actividad sexual (con y sin pareja), entre otras interrogantes, además de una evaluación de salud física y psíquica.

Somos testigos del increíble alivio que siente el paciente y su pareja cuando se identifican en alguno de los subtipos, pues les entrega luces sobre los posibles factores que intervienen y sobre los recursos a los que tendrán que recurrir en pos de solucionar su problema.

Al ser tantas las combinaciones, intentaremos presentarles los distintos subtipos de DSH de la manera más clara posible. Para esto es importante saber que cada disfunción sexual puede calificarse en categorías, de acuerdo a tres grandes distinciones: Cronología, Intensidad y Contexto¹, a lo que nosotros hemos incorporado dos nuevos criterios: Forma de inicio y Momento en que emerge.

Con el criterio cronológico distinguimos si la disfunción sexual es primaria o secundaria. Así, cuando la inapetencia sexual ha estado presente durante toda la vida (desde el inicio mismo de la vida sexual adulta), pertenece al Tipo Primario o DSH Primario. En cambio, si se ha manifestado con el paso del tiempo o tras un período relativamente extenso en que

funcionó de forma adecuada y satisfactoria, estaríamos frente al Tipo Secundario o DSH Secundario.

Por su parte, el criterio de intensidad indica si la disfunción es total o parcial. Es decir, si la libido está ausente de forma absoluta y nunca se siente deseo, hablamos de un DSH Total. Pero si, por el contrario, la apetencia ha disminuido significativamente, pero reaparece cada cierto tiempo, la disfunción sería un DSH parcial.

Por último, tenemos el criterio contextual, que nos permite distinguir si la disfunción es generalizada o situacional. Si no hay apetencia por ninguna actividad sexual, hablamos de un DSH generalizado o global, ya que es independiente de situaciones o personas. Pero si el síntoma aparece solo bajo ciertas circunstancias o ante determinadas personas, el DSH sería situacional, tratándose de una disfunción más específica.

Ahora bien, dentro del subtipo situacional, se encuentran otros subgrupos, siendo el llamado situacional selectivo el que más nos interesa en este libro. Este nombre se aplica a aquella disfunción sexual que se manifiesta exclusivamente ante ciertas personas. Pero, de acuerdo a nuestras observaciones clínicas, no todos los casos situacionales selectivos son iguales, por lo que los dividimos en dos grandes subtipos y como no se mencionan en la literatura tuvimos que acuñarle un nombre a cada uno: selectivo categorial (DSHsc) y selectivo relacional (DSHsr).

El primero refiere a aquellos casos en que el deseo desaparece solo frente a una determinada categoría de personas o circunstancias de pareja, como puede ser el adquirir un mayor compromiso. Mientras que el segundo apunta a la inapetencia sexual que ha emergido generalmente por primera vez y que aparece únicamente ante la pareja estable, a quien aman y con quien se proyectan a futuro, tal como lo hemos ido comentando desde los primeros capítulos.

Finalmente, nosotros dividimos los tipos de DSHsr según si el inicio del síntoma fue abrupto o bien paulatino, o si apareció tempranamente en la relación de pareja (antes de los primeros cuatro años) o de forma tardía.

Tras este paneo general, pasemos a revisar los distintos tipos en detalle.

Tipos primarios o de toda la vida

Susana nos escribe en el blog: «Sé que mi novio no es muy libidinoso y para él nunca es un buen momento para hacerlo. Le conté que me siento despreciada y él me dice que no es como yo. Pero no es solo en lo sexual, ya que también en lo emocional es una persona muy fría, le cuesta expresarse. Le dije que hace un mes y medio que no hacemos el amor y se enojó porque yo contaba los días».

Este tipo presenta un escaso o casi nulo deseo de actividad sexual desde siempre y usualmente corresponde al subtipo generalizado, ya que su inapetencia es en toda situación. Es común que, a su vez, sea total. Es decir, presenta una ausencia significativa del deseo sexual en casi todo momento.

Por lo general, las personas afectadas con esta disfunción han mostrado, tanto en el presente como en el pasado, escasas señales de apetito sexual y de motivación suficiente como para realizar el coito. A estas personas no les interesa el material erótico, las fantasías o sueños sexuales son muy infrecuentes, no ponen atención al atractivo sexual de los demás, no piensan en sexo de forma placentera y no buscan gratificación sexual (por más que esté disponible y, aun cuando no sea muy eficiente, mantengan intacta la capacidad para realizar el acto). Cuando tienen pareja, las

experiencias sexuales son muy esporádicas y responden a la iniciativa de la otra persona, aceptándola solo por satisfacerla, casi nunca por propia necesidad. Importante en este punto es notar que el evitar las relaciones sexuales no se debe a la ansiedad o al rechazo, sino simplemente a la falta de interés y de ganas.

Desde el punto de vista clínico, este desorden del deseo sexual es poco frecuente, siendo más común entre las mujeres. Estas, las pocas veces que aceptan practicar el coito, quieren que sea rápido y mecánico, sin involucrar placer en la experiencia.

En el caso del hombre se caracteriza por una cuota muy baja de masturbación, ocasionales poluciones nocturnas cuando jóvenes y una escasa motivación por establecer relaciones afectivas de pareja.

Tipos secundarios o adquiridos

Como podrán deducir, si el tipo anterior es poco común, la mayoría de los casos de DSH pertenecen a este grupo. Aquí están implicadas aquellas personas que durante un largo tiempo experimentaron un nivel de deseo sexual adecuado, el que luego perdieron o les mermó de forma drástica, disminuyendo la frecuencia sexual y generándoles una sensación de malestar personal. La principal diferencia con los tipos primarios radica en que para los secundarios el desgano actual les representa un cambio considerable en comparación a como vivían antes su sexualidad, cuando se sentían motivados, se masturbaban de forma regular y eran activos sexualmente.

A su vez, de acuerdo con el criterio contextual, podemos dividir a los secundarios en generalizados y situacionales. En

el primer caso, la inapetencia sexual que apareció tras un largo período de normalidad se manifiesta de forma total y global. El curso de la disfunción suele ser gradual más que abrupta, crónica más que episódica y es más frecuente entre las mujeres, quienes afirman que seguir viviendo sin sexo no les representaría ningún problema, salvo porque afecta su relación de pareja. Cuando la disfunción es masculina, por lo general se presenta en hombres mayores y/o con alguna causa orgánica subyacente (enfermedades, efectos secundarios de fármacos, estrés, adicciones, obesidad).

Luego, el segundo caso podríamos resumirlo como: «A veces tengo ganas y en otros momentos no». Es decir, la apetencia fisiológica continúa presente, mas las ganas desaparecen en determinadas circunstancias concretas. Por ejemplo, puede haber masturbación regular, pero no surgir el deseo cuando se encuentran ante alguien o en algún lugar en especial. A su vez, puede manifestarse en forma total o parcial. Es decir, o jamás se sienten ganas bajo condiciones particulares o puede que la apetencia haya disminuido sin haber desaparecido del todo. Y si bien el síntoma puede presentarse de forma gradual, lo más común es que su inicio sea un tanto abrupto. A su vez, en los tipos secundarios situacionales, las fantasías y sueños eróticos suelen ser frecuentes, y se mantiene la periodicidad masturbatoria. El funcionamiento sexual sería normal, salvo cuando se producen esas condiciones específicas (lugares, momentos, personas) durante las cuales casi no habría relaciones sexuales, pudiendo además aparecer conductas atípicas.

Según Helen Kaplan, el DSH Situacional Parcial prevalece en los hombres, mientras que el DSH Secundario Global es más común entre las mujeres². Para otros autores, en los hombres casi siempre prevalece algún grado de deseo sexual consciente, salvo que haya causas biológicas que lo impidan³.

Pierdo el deseo solo con ciertas mujeres: casos categoriales y relacionales

Dentro de los tipos situacionales, encontramos al subgrupo llamado selectivo. Como vimos, en los situacionales en general, el nivel de libido es normal y se mantiene la actividad masturbatoria, pero el deseo desaparece frente a, por ejemplo, cierto tipo de actividad sexual, lugar, hora, época, etcétera, con lo cual el situacional selectivo se diferencia del resto en que la inapetencia sexual emerge solamente ante determinadas personas, es decir, no depende de las otras condiciones mencionadas. En su gran mayoría, los pacientes que nos consultan hoy pertenecen a este subtipo: son hombres jóvenes emparejados que no sienten deseo únicamente por su mujer.

En las publicaciones en torno a los subtipos de DSH usualmente se describen los casos situacionales selectivos como si fueran todos iguales. Sin embargo, con el correr del tiempo se nos hizo evidente que la semejanza entre ellos era solo aparente, llegando a la conclusión de que existían dos grandes grupos bien distintos entre sí, dependiendo de los factores asociados a la aparición del síntoma: selectivo-categorial y selectivo-relacional.

Específicamente, en el subtipo selectivo-categorial (DS-Hsc) agrupamos a aquellos hombres en los cuales el deseo desaparece solo frente a un determinado tipo de mujeres que, a sus ojos, reúnen ciertas características especiales que les inhiben sexualmente. Por lo general, la inapetencia suele manifestárseles frente a aquellas con quienes han adquirido un compromiso más formal y un lazo más profundo, pudiendo emerger también cuando su mujer queda embarazada o después de nacer el primer hijo. Incluso puede aparecer ante cualquiera que distingan como una mujer «decente»,

funcionando perfectamente frente a una amante o una relación ocasional o pasajera.

Entonces, y por más que el síntoma pareciera haberse generado por primera vez dentro de su relación actual de pareja, las causales estarían asociadas más bien a factores de índole individual, en la medida en que la misma condición se ha presentado ya con otras mujeres y, posiblemente, podría repetirse a futuro si no superan el problema de fondo. Al igual que en los otros subtipos, el categorial puede ser episódico y parcial, aunque su inicio por lo general es más abrupto que paulatino.

Por el contrario, en el caso de los selectivos-relacionales (DSHsr), el surgimiento de la inapetencia sexual se asocia directamente a ciertas dinámicas específicas desarrolladas entre los miembros de esa pareja actual en particular. Es decir, la selectividad apunta a que el síntoma en cuestión no se ha producido con otra mujer antes y probablemente no se vuelva a presentar en una nueva relación, salvo que se repita cierta combinación de personalidades entre ellos.

Pero, aunque compartan algunas características, tampoco todos los casos selectivo-relacionales son iguales ni tienen de base la misma causa, aunque según el criterio cronológico todos son secundarios. Tanto el deseo como la cantidad y calidad de las relaciones sexuales decayeron de forma ostensible después de un período relativamente largo en que hubo gran interés sexual por su mujer, durante el cual ambos gozaron de una frecuente, intensa y satisfactoria actividad sexual. En otras palabras, la vida sexual de esa pareja sufre hoy un cambio radical respecto de como fue en un tiempo pasado.

Luego, bajo los lineamientos del criterio contextual, ninguno de los casos es global o generalizado, puesto que los hombres afectados mantienen un interés general por el sexo, tienen fantasías y sueños eróticos, practican la masturbación regularmente (incluso más seguido que antes de la aparición

del problema) y tanto el funcionamiento sexual como la capacidad orgásmica permanecen inalterados, sintiendo aún atracción sexual por otras mujeres, salvo por la propia. Y aunque no es común, pueden existir infidelidades ocasionales, durante las cuales su funcionamiento sexual es totalmente normal.

Las diferencias entre los relacionales se evidencian en la variabilidad de la intensidad del síntoma, presentándose en ciertos casos una inapetencia sexual total por su mujer o bien una disminución en la apetencia, sin haber desaparecido del todo. Del mismo modo, el criterio de severidad o gravedad también es relativo, ya que el curso de la disfunción puede ser crónico o episódico. Así que, si bien en muchos casos el deseo sexual hacia su pareja desapareció en un momento dado y no ha vuelto a reaparecer (siendo así total y constante), en otros hombres subsiste un cierto grado de deseo en forma discontinua, reapareciendo en períodos de irregular duración. Cuando esto ocurre, bajo ciertas condiciones, ellos sí tienen relaciones sexuales con su mujer, pudiendo ser de frecuencia intensa o moderada, para luego volver a desaparecer por un largo tiempo. Asimismo hay casos en los que las ganas fluctúan, cayendo en un «a veces sí, a veces no».

Pero hay también otros fenómenos que hemos observado en el último tiempo en hombres que se declaran muy enamorados de su mujer y que nos llaman la atención. Es el caso de aquellos que, por ejemplo, evitan los besos eróticos en la boca; hombres que esperan que ellas tomen siempre la iniciativa en el acto sexual, limitándose a mantener una actitud pasiva; hombres con un deseo sexual espontáneo muy por debajo del de su pareja; hombres que disminuyeron abruptamente (en solo tres meses) su frecuencia sexual de una vez al día a quizás una cada 15 días; hombres que no resienten el pasarse años sin actividad sexual con su pareja; hombres que rehúsan el coito con excusas insólitas; hombres que prefieren la pornografía, el

sexo virtual o las aventuras pasajeras con tal de evitar el sexo con la mujer que aman; hombres que rechazan a su pareja si ella toma la iniciativa sexual; hombres que ni siquiera toleran el ser tocados eróticamente (reacción fóbica)...

Como pueden ver, hoy en día hay tantos «hombres que...», lo cual nos hace suponer que en el futuro podrían emerger otros fenómenos similares, tornando aún más complejo el cuadro de los distintos subtipos de inapetencia sexual masculina. Por esto, un deseo sexual bajo no representa, en lo absoluto, una entidad única ni una disfunción sexual per se, sino que constituye el síntoma final común a una gran heterogeneidad de síndromes, muy difíciles de distinguir entre sí.

En resumen, la inapetencia sexual no es un desorden unitario, sino que, de forma semejante a las náuseas, es un síntoma cuya intensidad varía a lo largo de un *continuum* y cuyas raíces pueden extenderse a problemas de índole muy disímil, con implicancias epidemiológicas, etiológicas y, sobre todo, terapéuticas.

CAPÍTULO X

Cuando la inapetencia sexual por la pareja se confunde con otras problemáticas

Quien se desploma desde lo alto de una montaña no corre tanto
to peligro como quien se hunde en el golfo del amor.

ROBERT BURTON

Es cierto que uno de los subtipos del Deseo Sexual Hipoactivo, aquel que hemos llamado selectivo-relacional (DSHsr), puede confundirse —especialmente en el caso de los hombres— con el selectivo-categorial (DSHsc) y con otros fenómenos que no aparecen en los manuales ni en los libros de texto. Pero, a pesar de no ser reconocidas formalmente, estas problemáticas sí son mencionadas por los clínicos como frecuentes en su experiencia con varones que consultan por baja apetencia sexual.

Por lo común, se trata de condiciones que, aun cuando parecen haberse generado bajo ciertas dinámicas específicas dentro de la presente relación de pareja, más bien serían de origen individual. A continuación revisaremos algunas situaciones emblemáticas.

Disritmias y discronexias

Rebeca lleva cuatro años en una relación y el problema que la trae a la consulta no es reciente. Ella dice que su pareja siempre requirió una frecuencia menor de relaciones sexuales que ella y que desde el comienzo fue ella quien tomaba la iniciativa. Nos deja muy claro que no tienen apuros económicos ni trabajos muy demandantes, no tienen hijos ni nada que perturbe realmente su situación. «Quizás es solo que tenemos frecuencias distintas y yo necesite más sexo. ¿Hay alguna solución para esto?», nos pregunta preocupada.

Similar es el caso de Mauricio, quien insiste en que su pareja tiene un *problema* al no tener ganas *casi nunca*. Pero su mujer asegura que su deseo es totalmente normal y que no querer tantos encuentros sexuales como él quisiera no significa que ella esté *enferma*.

Como les adelantamos en el capítulo VI, este es uno de los fenómenos más comunes que nuestros pacientes suelen confundir con inapetencia sexual. Por lo general no se trata de una disfunción propiamente tal, sino de un desacuerdo entre la pareja respecto de la frecuencia con que ambos quisieran tener relaciones sexuales. Dichas discrepancias, pues, no constituirían un «desorden», y para referirse a ellas los clínicos suelen usar indistintamente los términos *disritmias* y *discronexias*¹. Nosotros hemos hecho una distinción entre ambos conceptos.

Mientras que optamos por la palabra disritmia para subrayar aquellas situaciones que implican pautas rítmicas disímiles (sea respecto de la apetencia sexual o de ciertas condiciones para la actividad sexual, como lugar u hora determinados), la discronexia, más frecuente y relevante, es el término que usamos para referirnos a cuando un miembro de la pareja parece

«necesitar» regularmente una mayor o menor frecuencia de relaciones que el otro.

En el primer caso, entonces, no se trataría de diferentes niveles de deseo, sino de que cada miembro de la pareja tiene un ritmo propio que depende de factores diversos, lo que se entiende al ver lo agitado de la vida actual y lo difícil que puede ser que ambos sientan al mismo tiempo y en las mismas circunstancias ganas de tener relaciones sexuales.

En tanto, en el segundo caso entra en juego la cotidianidad que sobreviene a la pareja tras un cierto tiempo juntos, siendo probable que afloren distintos niveles de libido, lo que es más una regla que una excepción. Es frecuente, por ende, que estas discronexias sexuales provoquen malos entendidos y conflictos entre ellos. Por ejemplo, si uno no siente apetencia, el otro puede sentirse rechazado o interpretar la negativa como un signo de que ya no lo aman o de que tiene un amante, surgiéndoles preguntas difíciles de responder. ¿Por qué no puede sobreponerse a su falta de ánimo para estar conmigo? ¿Se dará cuenta de que este tiempo sin sexo nos está distanciando? O, peor aún, ¿por qué prefiere la pornografía y masturbarse en vez de tener sexo conmigo?

Las respuestas imaginarias pueden desembocar en que la pareja se recrimine mutuamente de estar «enfermo» (por defecto o exceso), cuando lo más probable es que a ambos sí les interese el sexo y que ninguno presente niveles patológicos de apetencia sexual, sino que mientras uno podría corresponder a la categoría «normal alto» del deseo sexual, el otro se ubicaría dentro del «normal bajo», acarreando complicaciones y repercusiones tan negativas a los ojos de la pareja, que se convierten en un inconveniente lo suficientemente serio como para ir a consultar a un especialista.

Cuando estos conflictos se remontan a los inicios de la relación, William Maurice considera que el clínico debería

averiguar por qué esas dos personas no han logrado ponerse de acuerdo, ya que con el tiempo la mayoría de las parejas van adaptándose y aceptando las diferencias y/o negociando una frecuencia de relativa comodidad para ambos². Responder esta interrogante en la terapia es fundamental para entender cómo se relacionan entre ellos. Muchas veces hemos visto, por ejemplo, cómo el que quisiera mantener relaciones sexuales más seguido, ha intentado convencer al otro de que su posición es la correcta, ante lo cual este va acumulando rabia e incomodidad al sentirse presionado a «tener que querer» y a pensar lo mismo que su pareja. Por esto, nosotros insistimos a nuestros pacientes que el sexo no es una obligación ni tampoco un derecho que podamos exigirle al otro, puesto que cada uno es responsable de su propia satisfacción sexual. Y es así como en terapia las parejas aprenden la importancia de la conquista, incorporando juegos de seducción que logren, aun sin la presencia del deseo espontáneo, encantar al renuente y predisponerlo de este modo a dejarse estimular para que se le despierte el deseo receptivo.

El deseo que disminuye con el paso del tiempo

Lautaro nos escribe al blog: «¿Buen sexo dentro del matrimonio y durante toda la vida? Sí, a lo mejor se puede conseguir, pero es un tremendo desafío y los tremendos desafíos tienen la molesta costumbre de ser difíciles de lograr. En muchos hombres es perfectamente natural perder el interés sexual por la pareja estable, por mucho que la amen».

Lo que veremos a continuación es un tema controversial: refiere a aquellos hombres cuyo deseo sexual por su mujer ha disminuido muy gradualmente, llegando incluso en ocasiones

a la total desaparición. Como les consta que no responde a causa biológica alguna, ellos mismos lo atribuyen a la condición supuestamente «natural e inevitable» del desgaste propio del paso de los años y a la acumulación de rutina, pérdida de la ilusión y al cansancio. Ante esto, Christopher Ryan sostiene que cualquier hombre en una relación monógama de larga data irá perdiendo, con el correr del tiempo, el deseo por su pareja estable debido a la irremediable monotonía, fenómeno conocido popularmente como el Efecto Coolidge³. Ryan argumenta, al igual que otros autores, que sería imposible mantener el entusiasmo por una misma mujer, ya que ella representa una estimulación predecible y, por ello, la generación de dopamina no puede ser la misma que al inicio de la relación⁴. Y si a ello le sumamos el aumento en la expectativa de vida actual, esta situación sería hoy mucho más común que antaño. Pero esta tesis despierta serios cuestionamientos: ¿qué pasa con las mujeres, acaso ellas no sienten este desgaste? ¿De dónde provienen las típicas quejas de que sus maridos no las «dejan en paz» ni siquiera ahora que están *viejas*? ¿Cómo explicarnos la existencia de numerosas parejas que llevan juntas varias décadas y que todavía practican coitos entre una a dos veces por semana?

Nosotros somos testigos de que la mayoría de los matrimonios de más de treinta años de casados, los cuales acuden a terapia por otros motivos, no han disminuido mayormente su frecuencia sexual, a pesar de sus problemas de convivencia. En tanto que otros, antes de los tres años de convivencia, apenas tenían vida sexual (menos de seis veces al año) y ya les había pasado lo mismo con otras mujeres. Parecería que la «monotonía» los invade en un tiempo excesivamente corto. Así, este «desgaste natural», en tanto teoría explicativa del DSH, no sería más que un mito, correspondiendo más bien al subtipo selectivo-categorial que a un inevitable paso del tiempo.

La maternidad y la pérdida de ganas

Existen ciertas situaciones relacionadas con la maternidad que pueden asociarse a la pérdida del deseo sexual masculino, sea esta de aparición abrupta o paulatina. A continuación les presentaremos los dos tipos más comunes de casos, diametralmente opuestos, que nos llegan a consultar.

En primer lugar, tenemos a aquellos hombres que por temor a dejar embarazada a su pareja, inconscientemente dejan de sentir deseo hacia ella. Las razones de su miedo pueden ser múltiples: factores económicos, laborales o conflictos más profundos, como no querer un mayor compromiso o simplemente no querer ser padres.

En el otro extremo, tenemos a aquellas parejas que, habiendo anhelado un embarazo, terminan buscándolo compulsivamente, ante lo cual el hombre se puede sentir presionado (ya sea por factores externos o internos) a practicar coitos con el único objetivo de la procreación, culminando en sentimientos de culpa si es él quien «falla», o de frustración y rabia inconsciente hacia su mujer si es ella la «culpable». Dentro de este grupo, una de las variaciones más frecuentes es la de aquellos matrimonios que, tras un largo proceso de fecundación asistida, terminan ambos perdiendo el deseo sexual.

Pero la inapetencia sexual puede surgir también cuando ya han llegado los hijos, especialmente el primero. Este nacimiento a veces lleva al hombre a sentirse desplazado o a ver su espacio invadido, lo que se agrega, por supuesto, a la pérdida de privacidad. Sobre esto último nos llama mucho la atención que un gran número de parejas afectadas de falta de deseo sexual reconocen no cerrar con llave la puerta de sus dormitorios, usando luego a los hijos como «excusa» para no intimar.

Las adicciones

Hemos tratado a algunos hombres que presentan una disminución del deseo sexual, sin que haya desaparecido totalmente, asociado a que se dedican a ciertas actividades de forma tal que les consumen sus energías. Y aunque a primera vista pareciera no tratarse de un DSH, si lo analizamos a fondo surge la pregunta de si no será precisamente para evitar el contacto sexual con su pareja que este hombre se aboca tanto a otra cosa. Pues bien, veamos dos ejemplos ilustrativos: la adicción al trabajo y la adicción a la pornografía.

De seguro han conocido a alguien al que puedan calificar de trabajólico, o a uno que se reconozca como tal, afirmándolo con una sonrisa en su cara, como si fuese una virtud. Pero estas personas centradas en sus carreras, progresos laborales y económicos, llevan un estilo de vida que, inevitablemente, los conduce a un estrés permanente, lo que afecta su estado de ánimo y su nivel de deseo sexual. El típico trabajólico fluctúa entre los 30 y los 40 años, lleva un tiempo corto de convivencia o de matrimonio, no tiene hijos, sus jornadas laborales son muy largas y, además, suele llevarse trabajo para la casa. Así, al «no tener tiempo para nada más», incluye en ese «más» las relaciones afectivas y sexuales, disminuyendo bastante su apetencia erótica. Y si ambos están «enfocados en otras cosas» o son trabajólicos, como frecuentemente hemos podido constatar, los dos pierden el deseo sexual a veces por un largo tiempo.

Estas parejas consultan tras uno o dos años de aparecida la disfunción, explicando que no lo habían hecho antes porque, cómo no, tenían enormes problemas de tiempo para asistir a una terapia. Muchas veces, la decisión se pospone porque en vacaciones recuperan las ganas, pero al cabo de unas semanas va mermando el deseo una vez más y vuelven a su «normalidad».

En cuanto al segundo fenómeno, debido a que hoy el acceso a la pornografía es fácil, gratuito e ilimitado, muchos hombres (y cada vez más mujeres) optan por el camino simple y cómodo de dejarse «duchar» por estímulos prefabricados en desmedro del uso de su imaginación. Dichos estímulos, además de encontrarse bajo su control, les producen una excitación más rápida y aparentemente más intensa. Pero quizás el mayor beneficio secundario de la pornografía es que, con ella, evitan «exponerse» a la potencial ansiedad que supone la intimidad emocional y sexual con su pareja.

Según David Jameson⁵, estos hombres jóvenes adictos a la pornografía encuentran muy «compleja» a su mujer, o demasiado respetable, o «tan real» que no se les despierta el deseo⁵. Y, efectivamente, en la consulta nos han confesado que, gracias a la pornografía, ellos pueden soslayar lo que sienten como exigencias sexuales de su pareja. O, como hemos ido descubriendo también, mediante la pornografía pretenden evadir la responsabilidad que suponen tendrían los hombres de satisfacer sexualmente a la mujer.

Dicho esto, y sabiendo que muchos jóvenes con DSH selectivo recurren a su uso (aunque no necesariamente mostrando síntomas de adicción), hay que tener presente que el uso frecuente y constante de pornografía puede conducir, a la larga, a una merma del deseo sexual y, sobre todo, al decrecimiento en la motivación a intimar sexualmente con la pareja.

Aventuras e infidelidades

Si bien recuerdan, los hombres con DSH selectivo sufren de inapetencia sexual solo hacia su pareja habitual, manteniendo intacto su deseo por otras mujeres. Aun así, la inmensa mayoría jamás ha sido infiel a su mujer. Las situaciones que veremos

a continuación son, pues, una excepción en términos estadísticos, ya que aquí la libido ha cambiado de objeto y la actividad sexual con la amante, en general, ha sido satisfactoria.

Todos los que nos dedicamos a terapia de pareja habremos de enfrentarnos más temprano que tarde al tema de la infidelidad y debemos, por ende, construirnos una postura al respecto. Antes que nada, nosotros somos enfáticos en afirmar que no la justificamos sean cuales sean los motivos aducidos, puesto que rompe un acuerdo explícito que se ha asumido libre y conscientemente entre dos personas adultas, y por ello se le suele calificar también como deslealtad, traición o engaño. Pero además es causante de dolor y genera un conflicto muy difícil de superar. No obstante esto, procuramos elaborar una explicación para cada caso en particular de los problemas que dejaron el espacio para que ocurriese esta infidelidad, con el fin de abrirle a la pareja una puerta hacia una comprensión y aceptación, permitiéndonos construir en conjunto con ellos una posibilidad de reparación. Para ayudarnos en este proceso, hemos establecido una tipología de las principales infidelidades que parecen existir.

- **Deslealtad:** Sin ser una infidelidad física propiamente tal, constituye una forma de transgredir los límites de la relación. Aunque pueden no haber ocurrido insinuaciones directas de índole sexual o afectivas, sí se practicó una suerte de coqueteo sutil con otra persona, a quien se le ha traspasado información íntima a espaldas de nuestra pareja.
- **Aventura:** Aquellos casos en que los contactos sexuales han sido escasos y esporádicos, sin que se hayan involucrado sentimientos. Puede hacerse luego una subdivisión entre quienes han tenido dichos deslices una o dos veces en su vida y quienes han hecho de esta práctica una tónica.

- **Relaciones utilitarias:** Contactos de larga data con una persona en particular que no se experimentan como relaciones de amor, sino como un *affaire* centrado en el coito.
- **Infidelidad:** Es uno de los más severos y complejos, ya que implica el mantener una verdadera relación de pareja paralela. Es decir, una en la cual se involucraron profundamente los sentimientos y cuya duración ha sido de relativamente largo tiempo.
- **Infidelidad agravada:** Esta relación paralela es con algún familiar directo de la pareja o con un amigo cercano de la misma. Aquí también podemos agregar las infidelidades con resultado de embarazo, en la pareja o la amante.

Por lo pronto, entre los hombres con DSH selectivo-relacional que hemos atendido, muy pocos son o han sido infieles, y en los contados casos en que ello ha ocurrido se debió al deseo de ponerse a prueba o comprobar que aún se excitaban y que podían funcionar bien sexualmente, más que por mera atracción o apetencia sexual (distinta situación a aquellos hombres acostumbrados a ser infieles, los que responderían a la mentalidad machista de antaño y al miedo a la entrega total, casos que corresponderían al DSH selectivo-categorial).

Pero esto no acaba aquí, ya que los nuevos tiempos han traído nuevas formas de infidelidad, como lo es el sexo virtual, practicado gracias a internet y la tecnología. En este, por lo general las partes involucradas no se conocen en la vida real ni pretenden hacerlo a futuro, dándole el carácter de «es solo un juego» a un fenómeno que mezcla algo de pornografía y algo de infidelidad⁶.

Una de las preguntas más comunes que nos hacen en terapia es, precisamente, si estas situaciones califican o no como

una infidelidad. Para responderles, es necesario recurrir a los hallazgos neurocientíficos, los que indican que para nuestro cerebro es muy difícil distinguir entre una experiencia real y una virtual, ya que se activan las mismas zonas y se secretan las mismas hormonas en ambos casos. Tanto así, que si el contacto se mantiene por largo tiempo, pueden llegar a involucrarse los sentimientos. Sea como sea, estos hombres han de tomar en cuenta que esta situación le genera a su mujer un dolor casi idéntico al de una infidelidad «real», ya que le hace aún más patente su rechazo.

Variación del objeto o identidad sexual

Las mujeres de estos hombres con inapetencia sexual suelen preguntarnos si su pareja no estará ocultando una homosexualidad como causa de su falta de deseo (pregunta que muchas veces también se hacen los mismos afectados). Pero, según nuestra experiencia, hasta ahora no hemos distinguido homosexualidad abierta o latente alguna en los casos de DSH selectivo.

La asexualidad

Otra posible explicación de un DSH podría ser la asexualidad, la que estadísticamente hablando no tiene una presencia significativa. Sin embargo, hoy los medios de comunicación están cubriendo más ampliamente este fenómeno definido por una falta de interés por lo sexual durante toda una vida.

Los asexuales son personas que muestran un escaso nivel de apetencia fisiológica, han tenido encuentros sexuales muy limitados y evidencian inhabilidad para relacionarse con

cualquiera que le insinúe alguna actividad sexual. Algunos especialistas han pretendido ubicar la asexualidad como el polo más bajo dentro del *continuum* de deseo sexual, lo que los situaría dentro de la categoría del DSH primario y global⁷. Pero esta sugerencia ha encontrado una férrea oposición en la comunidad asexual, la cual insiste en que su condición sea considerada no solo como otra opción sexual, sino como otra identidad sexual, puesto que ellos no la viven como un malestar que quieran superar, a diferencia de quienes sufren de DSH que sí buscan tratamiento para restaurar su baja libido.

Por último, hay otras condiciones en que la actividad sexual está ausente, pero al ser tan poco comunes, nos limitaremos a nombrarlas: matrimonios blancos, matrimonios de conveniencia y los llamados casos de incompatibilidad sexual.

El miedo al amor

Tal como mencionamos anteriormente, el DSH selectivo-relacional (DSHsr), cuyo origen se debería exclusivamente a conflictos específicos con la pareja actual, puede confundirse con otros casos masculinos de inapetencia sexual ocasionados por factores individuales más que relacionales, correspondiendo al DSH selectivo-categorial (DSHsc). A continuación les hablaremos de ciertas condiciones asociadas al miedo a sufrir por amor, temor generalmente inconsciente y que se presenta de muy distintos modos en los casos de DSHsc.

Una de las formas más frecuentes de este problema es el «miedo a la entrega total», en el cual la persona siente que al comprometerse completamente con alguien a quien además ama y desea quedaría en un estado de vulnerabilidad tal que, si lo perdiese, el sufrimiento le sería insoportable. Nos

referimos a ese antiguo temor a poner «todos los huevos en la misma canasta»⁸.

De acuerdo con Pía Mellody, los conflictos principales asociados al amor se basarían en dos tipos opuestos de adictos: los adictos al amor y los adictos a evitar el amor⁹, donde estos últimos, precisamente por este miedo, recurren a diversas tácticas para protegerse y poner distancia. Por ejemplo, mantener dos relaciones al mismo tiempo, cambiar constantemente de pareja, buscar parejas con problemas (para así construir una dinámica de alta intensidad emocional, ya que si no se angustian o aburren), perder el interés si su pareja se muestra muy enamorada, generar juegos de poder, ser excesivamente reservado, llenar su agenda de actividades, rodearse de gente para no estar a solas con su pareja, padecer adicciones al trabajo, al juego, al alcohol o drogas, etcétera. Y como hemos visto en la consulta, cada estrategia es revestida por una justificación racional impecable.

Lo que nosotros hemos podido constatar es que los miedos se pueden evidenciar en cualquiera de los tres pilares que, según Robert Sternberg, conforman distintivamente una relación de pareja: Intimidad Afectiva, Compromiso Formal y Pasión Sexual¹⁰.

- En el primer pilar, los temores se expresan en la disociación amor-sexo y en el miedo a la intimidad emocional.
- En el segundo, tenemos el conocido miedo al compromiso.
- Y respecto al pilar de la pasión, nosotros proponemos que la inapetencia sexual podría ser una defensa inconsciente que evitaría la entrega total, por más enamorados y comprometidos que estén con su pareja.

Cabe aclarar que, aun cuando estos tres miedos apuntan en una misma dirección, no es fácil delimitarlos, pudiendo

superponerse o combinarse entre ellos de distintas maneras. Por ejemplo, puede haber pasión con o sin amor o compromiso con o sin amor o pasión.

Más concretamente, según Sergio Bruno, la mayoría de las personas que sufren estos temores tienen entre 30 y 40 años, apoyando la idea de Mario Campusano, quien plantea que los jóvenes de hoy se mueven entre el deseo de estar en pareja y la necesidad de ser independientes; entre el temor a la soledad y el miedo a quedar atrapados en una relación de pareja¹¹. Del mismo parecer es David Schnarch, quien nos muestra lo complejo de lograr el equilibrio entre apego y autonomía. Él sostiene que para esta generación la «entrega» se asocia a la pérdida de control sobre los propios afectos, al miedo a perderse uno mismo dentro de la relación, quedando bajo el poder del otro y, a fin de cuentas, a terminar sufriendo, tendencia que pareciera encarnar ese «amor líquido» de Zygmunt Bauman que les mencionamos en el capítulo II¹².

No es de extrañar, pues, que la defensa ante estos miedos implique un proceso de deslibidinización y una falta de compromiso emocional¹³.

La disociación amor-sexo

Un hombre puede ser feliz con cualquier mujer,
mientras no la ame.

OSCAR WILDE

En palabras simples, la disociación amor-sexo es un fenómeno masculino que consiste en la dificultad de amar y desear simultáneamente a una misma mujer. Estos hombres aman a quien no desean y desean a quien no aman. Dos de las formas más severas de esta disociación, que implica algún grado de

incapacidad de amar son el donjuanismo y el síndrome de Casanova, términos que muchas veces usamos como sinónimos, sin serlo¹⁴.

El concepto de Donjuanismo, basado en *Don Juan Tenorio* de Tirso de Molina, se refiere a aquel hombre que se pasa la vida demostrando su virilidad, su atractivo y su importancia. Aunque no ama a ninguna, toda mujer es «bienvenida». Él no es selectivo y todas le son iguales: un mero objeto, un trofeo de caza cuya finalidad es incrementar su propio ego y autoestima. Una vez alcanzado el objetivo, Don Juan se retira y busca una nueva conquista que le vuelva a hacer sentir poderoso e irresistible.

El síndrome de Casanova, por su parte, deriva de un personaje real cuya filosofía se centraba en el saber vivir. Es decir, gozar de todos los placeres sensoriales, sin perder su libertad. Para estos hombres, las mujeres representan una de las mayores fuentes de placer (tanto al recibirlo como al darlo), y por ello las elige cuidadosamente, se enamora y les muestra su generosidad. En palabras de Juan Carlos Romi, el *casanovismo* corresponde a varones hipereróticos que disfrutaban el dejar satisfechas a sus mujeres, lo que podemos comprobar al leer el subtítulo de la biografía de Lydia Flem: *Casanova: el hombre que de verdad amaba a las mujeres*¹⁵.

En la última década no ha consultado ningún hombre cuya falta de deseo se origine en alguno de estos dos síndromes, por lo que parecieran haber disminuido. Mas sí hemos atendido a algunos pacientes que, al menos de forma parcial, responden a estos prototipos, ya que, habiéndose casado con una mujer muy atractiva a sus ojos y cuya conquista consideran un logro, sienten escaso deseo sexual sin que ni ellos mismos entiendan por qué. Por esto, es fácil confundir su problema con un DSH relacional, aunque como sí han presentado el mismo cuadro con anterioridad, nos enfrentaríamos a un DSH categorial.

El fenómeno de la prostitución

Renato es un soltero exitoso que quiere casarse y formar familia. Acaba de terminar una relación de nueve años con una prostituta de alto nivel. No es primera vez que se enamora de una prostituta o de mujeres que reconocen estar con él por interés. Pero cuando ha tenido parejas que se han enamorado de él como persona, invariablemente pierde el apetito sexual y las engaña con otras. Amargamente dice que con unas no puede casarse porque solo les interesa su dinero, y con las que sí lo quieren, tampoco puede, porque él deja de desearlas.

No es necesario remarcar que la tragedia de Renato es un claro ejemplo de disociación amor-sexo, pero de acuerdo con Agripino Matesanz, hay otra variación en la que algunos hombres presentan una casi nula vida sexual con su esposa, recurriendo de forma habitual a prostitutas o a mujeres que nos les supongan esfuerzo de conquista alguno. En otras palabras, una situación en que el «éxito del galanteo» esté asegurado, quedando protegido tanto del rechazo como de la exigencia y del fracaso¹⁶.

Según este autor, lo común es que sean hombres tímidos e inseguros que cargan experiencias pasadas de mucha frustración. Así, este hombre puede funcionar muy bien en un encuentro sexual casual, en donde no habría mayores consecuencias ante un hipotético mal rendimiento y, por ende, tampoco ansiedad. Mucho menos frecuentes son los casos de aquellos hombres cuya pérdida del deseo sexual se produce solamente en situaciones sexuales predecibles con su esposa y no en actos espontáneos o sorpresivos que puedan ocurrir.

El complejo de Agar y Sara y el síndrome de la *Donna* e la *Puttana*

En estas formas menos severas de disociación, el origen de la inapetencia sexual parece relacionarse con la imagen prejuiciada que se tiene de la mujer en nuestra sociedad. De seguro habrán escuchado de esa tendencia masculina a dividir a las mujeres en «buenas» o «malas» o eso de que «hay minas para casarse y otras para tirar». Popularmente se la conoce como el síndrome de la *Donna* e la *Puttana*, aludiendo a un estereotipo italiano que dice que todas las mujeres son putas, menos la madre, la esposa y las hijas. Esta inclinación dicotómica, mencionada desde hace siglos transculturalmente en la literatura y en la música, fue analizada por Freud y bautizada por Maryse Choisy como el complejo de Agar y Sara¹⁷. Este complejo, más frecuente de lo que creen, se basa en la imagen idealizada de la mujer-madre que suelen construirse los hombres, lo que les produce un respeto tan excesivo por la esposa, que esta pasa a ser casi intocable sexualmente, dejando de desearla y manteniendo con ella una relación cada vez más «decente», esporádica y desapasionada.

En un principio, estos hombres suelen amar y desear a su pareja, pero al casarse o al quedar ella embarazada, predomina la ternura y van deserotizando la relación al unir la imagen idealizada de su madre a la de su mujer. Desde el psicoanálisis clásico, estos hombres verían a su esposa mucho más como madre que como mujer, por lo que se les despierta un temor inconsciente al incesto.

La adicción al enamoramiento

Este es el caso de aquellos «enamorados del amor» que buscan incesantemente ese comienzo apasionado, erótico, de los

inicios de una relación. El problema es que, cuando ese amor se establece, pierde su «gracia», la pasión se desvanece y este hombre no puede avanzar en las etapas que siguen en una relación, como si padeciese una adicción a ese estado inicial de enamoramiento con sus emociones intensas e idealización de la pareja. Se trata de un patrón de acción repetitivo, en el cual el interés sexual por una mujer determinada es, cada vez, seguido por un período de inapetencia y culmina en una relativa inactividad sexual, por lo general antes de los dos años.

El miedo a la intimidad emocional

Osvaldo nos cuenta que al inicio de las relaciones de pareja es muy apasionado, pero a medida que se enamora más, se va sintiendo ahogado y pierde el deseo. «Es como si me faltara el aire, especialmente cuando nos besamos y hacemos el amor.» Como ya le ha pasado antes, sabe que no es culpa de su pareja, Maritza, porque ella no es ni exigente ni posesiva.

Para comprender este punto, debemos primero entender el término «intimidad», usado tan ambiguamente por los especialistas¹⁸. En efecto, mientras para algunos la intimidad es algo cotidiano, ese compartir pequeños momentos gratos, para otros es una sensación privilegiada de cercanía reservada para unos pocos, un refugio producto de la confianza mutua en el cual podemos mostrarnos «desnudos» ante el otro, sin nada que temer y nada ante lo que defendernos. En cambio, su carencia se asemejaría a un vacío, a esa mentada soledad de a dos.

Pero a muchas personas esta intimidad les genera una sensación de vulnerabilidad, una pérdida de control y autonomía que los hace sentirse en riesgo de salir lastimados. Suena

paradójico que algo aparentemente tan positivo sea a la vez tan temido. Por ejemplo, temen necesitar demasiado al otro o dejar en evidencia sus debilidades, por lo que fluctúan entre anhelar más intimidad y sentirse invadido. Especialmente las personas que sufren de apego inseguro se ubican en dos posturas opuestas frente a la intimidad emocional; mientras que aquellas con apego ansioso tienden a buscarla insaciablemente, las de apego evitativo se sienten ahogadas, incluso en situaciones de escasa cercanía. Y ese temor a la intimidad emocional aumenta en las circunstancias en que se estrecha la unión de la pareja, como al irse a vivir juntos, durante el primer embarazo o el nacimiento de los hijos¹⁹.

Hasta hace poco tiempo, el apego evitativo era más típicamente masculino, hombres que para eludir esa sensación de intimidad solían recurrir a mecanismos como controlar la información que entregaban, negar o minimizar los conflictos, rehuir estar a solas con su mujer o alejarse afectivamente. Pero como en los últimos años la necesidad de cariño ha aumentado en los hombres jóvenes, hoy parecen haber encontrado un modo muy «creativo» para precaverse de esa cercanía emocional que sienten excesiva. Así que con el fin de no arriesgarse a la intensa intimidad propia de la actividad sexual, parecen preferir bloquear inconscientemente su deseo, disociando sus sentimientos de amor de los pasionales. Es por esto que a los hombres aquejados por este síntoma se les despierta el erotismo casi exclusivamente con aquellas otras mujeres con quienes no les interesa establecer una relación íntima, mientras que por su pareja no sienten las ganas, pero sí amor y ternura.

Y como bien aclara María Luisa Lerer, desde hace tiempo los varones han dejado de escuchar las sensaciones de su propio cuerpo y es únicamente estando en comunión con el cuerpo y sus sensaciones que es posible disfrutar en plenitud de la intimidad sexual²⁰. Entonces, los hombres de hoy ya no se dicen

«tengo ganas» sino «debo rendir bien», llevándolos a un exceso de vigilancia consciente, lo que, junto al miedo a la fusión, les impide abandonarse a la experiencia afectiva, sensorial y sexual.

Luego, existen también otros fenómenos relativamente nuevos que nos ha tocado observar en los hombres jóvenes y que estarían relacionados con el miedo a la intimidad emocional: el rechazo a los besos en la boca o besos linguales y el dejar de tomar la iniciativa sexual.

Al preguntar por los motivos, la mayoría reconoce que «no les gustan esos besos», sin saber por qué. Otros los encuentran «fomes», que «están de más» o que les incomodan. Pero al perderse la experiencia de besar, los hombres se están privando de una de las fuentes de estimulación más importantes para la libido, ya que al besar secretamos mucha testosterona, sustancia química indispensable para la generación y mantención del deseo sexual, amén de que los labios y la lengua son las áreas con más receptores nerviosos y sensoriales del cuerpo.

Por su parte, en cuanto a los hombres que dejan de tomar la iniciativa sexual, sus parejas creen que ya no las desean, quejándose de que si ellas no lo hicieran, el sexo sería nulo. Nuestras pacientes dicen haber probado de todo: dejar correr los días, las semanas o los meses sin acercarse sexualmente a ellos, pero nada. Sin embargo, que el hombre no tome la iniciativa sexual no implica necesariamente que no sienta ganas de hacer el amor con su mujer, lo que puede confirmarse al ver que casi nunca rechazan sus avances sexuales y al reconocer que lo pasan bien junto a ella. Solo piden que ellas sean las que sigan tomando la iniciativa.

En las sesiones individuales, estos maridos confiesan que su problema no es la falta de ganas, sino la dificultad, o vergüenza, que les supone acercarse sexualmente a su mujer. En un comienzo, cuando ellas los buscaban, todo iba bien. Ese acuerdo tácito les acomodaba y jamás las rechazaron. Y ahora no entienden por qué ellas quieren cambiar las reglas del juego.

Miedo al compromiso

A mediados del siglo pasado era común que los hombres huyeran del compromiso formal. Pero cuando se les preguntaba por las razones, jamás reconocían que era por miedo, sino que esgrimían respuestas del tipo «no creo en el matrimonio», «la firma de un documento no va a expresar lo que la quiero», «es un absurdo», «las relaciones han de ser libres», «es que no ha llegado la mujer correcta», etcétera. Sin embargo, hoy la situación es diametralmente opuesta, ya que ellos no solo no muestran temor frente al compromiso, sino que apuran muchas veces el momento de irse a vivir juntos o casarse. El problema viene después: tras el compromiso, él pierde casi instantáneamente el deseo sexual por ella.

Con esto queremos recalcar que si antes el miedo al compromiso se asociaba a las responsabilidades y reglas que el contrato marital traía consigo, hoy la formalización de un compromiso —que ellos mismos generan— despierta en algunos hombres un temor mucho más profundo y sutil: el miedo a entregarse de una forma total. En otras palabras, como hoy no rechazan ni el compromiso ni el amor, inconscientemente se precaven apagando la pasión.

Finalmente quisiéramos decir que la larga tipología expuesta en este capítulo refleja, en muchos casos, las dificultades propias del amor y especialmente del miedo al amor de pareja, el que puede incluso llegar a matar el deseo sexual. Y como pudieron ver es posible ocultar nuestro temor a sufrir detrás de muchas máscaras distintas y tratar de huir de las más ingeniosas maneras. Pero vale la pena recordar las palabras de dos grandes filósofos hombres y darles de cuando en cuando una vuelta. Fue Bertrand Russell quien dijo «temer al amor es temer a la vida, y los que temen a la vida ya están medio muertos», y Albert Camus fue quien enunció que «no ser amados es una simple desventura; la verdadera desgracia es no amar».

CUARTA PARTE
LA BIOLOGÍA DE LA SEXUALIDAD Y DEL AMOR

CAPÍTULO XI

Biología, amor y deseo

La psicología debe basarse en la biología. Todo lo que se dice en psicología debe ser coherente con lo que se sabe de la mente según la neurobiología.

JOHN SEARLE

El estudio de los factores neurofisiológicos que participan en la conducta sexual han ido poco a poco ganando vigencia y un espacio que nos ha sorprendido gratamente, quizá debido a que, como afirma Joseph LeDoux, nuestras sinapsis son las responsables de todo lo que nos pasa como seres humanos, tanto en lo innato como en lo adquirido¹.

Dicho esto, en los capítulos por venir intentaremos mostrarles un plano biológico de la sexualidad, complementando la comprensión sociocultural hasta aquí expuesta, siendo conscientes de que será solo una aproximación pues requeriría aun de mayor evidencia empírica y sintonía fina. Por ello, al revisar los posibles factores causantes de las disfunciones sexuales, es importante subrayar que los aspectos biológicos juegan un rol preponderante de una manera u otra (sea como factores orgánicos, mediadores o catalizadores). En otras palabras, los procesos sexuales siempre pasan por nuestra «biología».

En el camino hacia la comprensión del fenómeno de la motivación sexual humana, hemos de asomarnos al gran marco teórico que engloba al objeto de estudio mismo de nuestra disciplina, es decir, las «Teorías explicativas del comportamiento humano». Siendo más precisos, lo que conocemos como «cerebro sexual» se encuentra dentro del llamado «cerebro motivacional», y forma parte de aquellas aproximaciones que buscan comprender qué es lo que nos motiva, qué nos incita a movernos, incluyendo por supuesto nuestras conductas sexuales. Entonces, lo que pretendemos examinar aquí es de dónde proviene esa apetencia sexual general que, eventualmente, puede transformarse en un motivo que nos lleve a desear específicamente a nuestra pareja y a iniciar una actividad sexual con ella. Así, en esta búsqueda histórica del motor de partida de nuestra sexualidad, comenzaremos preguntándonos si esa sensación de tener ganas de sexo es un instinto, un impulso, una sensación fisiológica o una experiencia emocional y motivacional. Como lo que acá nos convoca es el DSH selectivo nos concentraremos en la desmotivación sexual de aquellos hombres jóvenes respecto de la mujer que aman.

Según nuestra experiencia clínica, sería el estrés emocional el que media entre las transformaciones del contexto sociocultural y el funcionamiento del cerebro sexual masculino. O sea, los hombres jóvenes de hoy están inmersos en un período de transición relativo a sus roles, como explicamos con anterioridad, durante el cual parecieran haber desarrollado una identidad antimachista y optado, sin saberlo, por bloquear la expresión de sus emociones negativas hacia su pareja en vez de manifestarlas de forma abierta, lo que los ha llevado a ser verdaderos expertos en la evitación de conflictos. Para nosotros, este encapsulamiento emocional estaría impidiendo la desactivación de aquellas regiones cerebrales que deben apagarse para que el deseo sexual pueda emerger en

plenitud². Pero, como tantas veces nos han preguntado con angustia nuestros pacientes, ¿por qué no puedo sentir las ganas en mi cuerpo si la amo?, ¿de dónde nace el deseo y de qué depende de con quién queramos practicarlo?

¿De dónde proviene el deseo sexual?: la motivación sexual

El estudio de la motivación debe ser, en parte, el estudio de los fines, de los deseos o de las necesidades últimas del ser humano.

ABRAHAM MASLOW

En términos generales, la motivación es la fuerza que está por detrás de todo impulso. Y si aplicamos esto a la sexualidad humana, la motivación sexual es un estado interno que despierta nuestro interés sexual y es influenciado por diversos factores, incluyendo los sociales, culturales y románticos³. Como sabemos, en la mayoría de los animales el impulso sexual es de carácter innato y los incita a involucrarse en una conducta de apareamiento. Pues bien, en los humanos el panorama es muchísimo más complicado, ya que aquello que puede motivarnos sexualmente es el producto de una intrincada relación entre factores de diversa índole y en donde la apetencia sexual humana engloba todo nuestro sistema nervioso y toda nuestra mente, implicando la presencia de un conjunto de procesos psicobiológicos. ¿Qué es esto? Simple: es todo proceso intelectual, fisiológico y psicológico que podamos tener, sea consciente o inconsciente. Y como la gama de motivos que pueden despertar nuestro interés sexual es potencialmente infinita, la motivación sexual humana abarca prácticamente la totalidad de nuestro psiquismo. Difícil, ¿no? Es cierto, pero

gracias a esto nos embarcaremos en uno de los dilemas filosóficos y científicos más fascinantes que se han dado a lo largo de los siglos y que gira en torno al qué es lo que explica la conducta humana, de dónde proviene esa energía que nos estimula y, sobre todo, al cómo se relaciona nuestra mente con el cuerpo.

Sobre esto es interesante notar que la psicología contemporánea dista hoy sustancialmente de aquellas pretensiones universalistas de antaño que perseguían la utopía del «motivo último y único», haya sido este el instinto, el impulso, la pulsión, el incentivo, la voluntad, la motivación o cualquier otro que pudiese explicar todo el comportamiento humano. Como decíamos, hoy estamos conscientes de la existencia de una multiplicidad de factores biológicos y psicológicos que motivan nuestra conducta y que tiñen de emocionalidad nuestra experiencia. Es decir, se ha llegado a la conclusión de que la actividad humana es algo tan diverso e intrincado que resulta difícil aglutinarla bajo un único paradigma explicativo, lo cual es extensible a la apetencia sexual general⁴.

Por ende, y como en tantos otros ámbitos del saber, aún no se ha logrado una integración teórico-metodológica ni una interpretación definitiva que deje a todos contentos, aunque sería justo decir que en los últimos años las propuestas más interesantes provienen de las neurociencias. Por ejemplo, LeDoux se ha enfocado en la relación establecida entre las tres áreas que nos permiten profundizar en la comprensión de nuestra mente: emociones (sentimientos), cogniciones (pensamientos) y motivación (volición). Según este autor, las emociones serían las primeras en surgir, siendo reacciones fisiológicas que nos proveen de información subjetiva sobre el mundo. Luego, las cogniciones serían reacciones ante las emociones, guiando nuestras acciones. Y la motivación nos orienta en ese pasaje a la acción. O sea, los procesos motivacionales le indicarían a nuestro cerebro qué ne-

cesidad es más urgente de satisfacer a cada instante (sumado al hecho de que, al no ser entes que nos movemos en un vacío, establecemos permanentemente una interacción entre estos procesos y el entorno social).

Entendiendo que esto es una explicación general y que no pretendemos mostrar una revisión acabada de un tema tan amplio, complejo y controversial (mayor información podrán encontrar al revisar la bibliografía), veamos algunos enfoques particulares que consideramos pertinentes para entender el deseo sexual.

Deseo sexual como instinto: la Teoría Evolutiva

Seguramente todos conocen la teoría de los instintos, una de las hipótesis explicativas más antiguas del comportamiento humano, basada en los postulados de Darwin, que define los instintos como pautas innatas relativamente inflexibles y complejas de comportamiento.

De acuerdo a esta teoría, muchas de nuestras conductas, entre las cuales se cuentan las sexuales, estarían basadas en ciertos instintos específicos que caracterizan a toda una especie y que heredamos de nuestros antepasados a través de los genes⁵. Con esto, William McDougall, por ejemplo, consideraba que en ausencia de los instintos nuestro organismo sería incapaz de realizar actividad alguna, ya que estos serían las únicas fuerzas motrices de la conducta y los responsables tanto de su activación como de su direccionalidad hacia ciertos objetivos.

Luego, refiriéndose específicamente a la sexualidad, esta teoría rescataba aquello creído durante tantos siglos: que la sexualidad era básicamente instintiva e igual tanto en animales como en humanos. Así, para los evolutivos la fuerza que dirige la actividad sexual se relacionaría neuroquímicamente

con dos funciones básicas de autopreservación: el instinto de reproducción para la conservación de la especie (impulso o apetencia sexual) que regularía la motivación y el instinto de supervivencia para la conservación individual que controla tareas como la alimentación, lucha y huida, o alejamiento de lo que nos puede hacer daño y acercamiento a lo que nos es placentero.

En base a estos patrones, se asumía que en todas las especies animales el principal motivo de involucramiento en cualquier actividad sexual era con el fin inconsciente de reproducción. Sin embargo, es indudable que la sexualidad humana es mucho más compleja. Y por lo mismo existen varios fenómenos que contradicen esta teoría si la aplicamos a nuestra conducta sexual. Por ejemplo, el orgasmo femenino, que no tiene ningún sentido evolutivo, o la posibilidad de alcanzar la satisfacción sexual sin mediar contacto alguno con un otro, o la unión con alguien del mismo sexo, entre otros. Es decir, si bien la necesidad instintiva de supervivencia predispone nuestra sexualidad en algún grado, concluye Saulo Sirigatti, los humanos poseemos también la capacidad de adaptarnos y de modificar nuestras propias reacciones.

Por lo mismo, los mayores cuestionamientos a esta teoría apuntan a sus propuestas deterministas y al rol de los genes, más allá de que autores de esta corriente, como Steven Pinker, hicieran importantes precisiones⁶. Este autor dice que, en la mayoría de los casos, el determinismo biológico es muy real, pero no implacable. No se trataría, pues, de nada fatal ni seguro, sino de un cierto determinismo que equilibraría nuestro libre arbitrio, ya que si nuestra libertad de elegir depende de los ambientes sociales, no se puede olvidar que estos también evolucionan. En resumen, no sería cierto que todo esté guiado por el único fin de la reproducción y de la supervivencia, con lo cual esta teoría —prácticamente desechada en los años

veinte debido a que sus falencias la hacían muy incompleta y pese a sus intentos recientes de modernización— hoy ya no nos es de mucha utilidad, salvo quizá para evitar que caigamos en un exceso de narcisismo, al recordarnos que antes de ser humanos, somos parte del reino animal.

Deseo sexual como impulso: las teorías homeostáticas

Al quedar fuera de juego la teoría del instinto, se produjo un gran vacío teórico que reinó hasta la aparición de la teoría de los impulsos, la que, a diferencia de la anterior, sostiene que los impulsos se limitarían a proveernos de la energía que nos predispone hacia una conducta⁷. Gracias a esta distinción, existe una visión más compleja e integrada de los procesos psíquicos, al ser más acorde con el funcionamiento real de los organismos, flexibilizando el concepto de motivación y posibilitando que pueda ser entendida como un fenómeno regulado por el aprendizaje y por procesos cognitivos superiores. Dicho de otra forma, cualquier déficit ante lo que necesitamos o creemos necesitar para nuestra existencia física o psíquica, perturbaría nuestra estabilidad y, como los impulsos representan una fuerza homeostática, son estos los que nos llevan a realizar aquello que restablece nuestro bienestar.

Ya para 1915, Freud había postulado que los seres humanos se guiaban por pulsiones y no por instintos, distinguiendo las pulsiones sexuales de las de autoconservación, reafirmando así algo que por siglos habían dicho los filósofos epicúreos: que el ser humano se mueve tras la búsqueda del placer al tiempo que busca evitar el dolor. Y aunque inicialmente las teorías homeostáticas de la reducción de los impulsos solo se enfocaron en los impulsos primarios, pronto establecieron una distinción entre estos y los que catalogaron como secundarios.

A saber: los primarios satisfacen las necesidades básicas, como la comida y el sexo, y los secundarios, aquellas otras necesidades humanas como serían las sociales y existenciales.

El paso siguiente, entonces, era aclarar que no todos los impulsos poseían la misma fuerza o importancia, sino que se organizaban jerárquicamente. Dentro de esta línea, Abraham Maslow propuso una pirámide en cuya base se ubicaban las necesidades fisiológicas elementales (hambre, sexo...), las que precisamos satisfacer antes de percibir a plenitud aquellas carencias más sofisticadas, como sería el amor o la pertenencia, entre otras, que iban colocándose en niveles superiores de la pirámide⁸.

Luego, a partir de este modelo se formulan nuevos enfoques como los humanistas, los constructivistas y los constructivistas sociales, que dan una gran relevancia a la significación que cada uno de nosotros le asigna a sus necesidades (concepto de *pirámide construida*), incluyendo las sexuales. Con esto, decían los expertos, lo que moviliza nuestra conducta depende de cómo evaluemos la interacción entre una serie de factores, su importancia y las expectativas que le asignemos a cada cual.

Pero estas teorías imperaron solo hasta mediados de siglo, ya que sus limitaciones, en tanto fin explicativo del comportamiento humano, no lograban explicar en profundidad nuestras conductas generales ni incorporar adecuadamente los hallazgos que se suscitaban en torno a los procesos emocionales y cognitivos subyacentes en este. Por ejemplo, la idea de que la única recompensa que guiaba nuestro organismo era la reducción de los impulsos fisiológicos, no se condice con la búsqueda de las otras sensaciones positivas, como el amor. También se les cuestionó que descuidaran los incentivos externos, los que en el ámbito sexual aumentan significativamente nuestro nivel motivacional. O que su esquema fuese básicamente igual para el hambre y para el sexo, en donde la

teoría de los impulsos postulaba que cuando nuestro cuerpo detecta una necesidad, el malestar resultante nos impulsaría a la búsqueda de aquello que requerimos, sea comida o desahogo sexual. Como en cualquier otra función biológica vital, aclaraban, la sexualidad tendría un ritmo propio en que se generan estados de desequilibrios que experimentamos como una sensación de carencia que se desea satisfacer. Es en este sentido que la apetencia sexual indiscriminada se entendía como un impulso que buscaba calmar un «desasosiego físico» (una urgencia sexual), motivándonos a realizar una acción que nos permitiese recuperar el estado de saciedad, convirtiéndose así en un mero impulso o apetito igual a cualquier otro.

Más específicamente, estas sensaciones subjetivas de hambre o apetencia sexual son mediadas por estructuras regulatorias neuronales y por determinadas hormonas y neurotransmisores, sustancias químicas que hacen las veces de antenas detectoras de esa sensación de carencia o insatisfacción en nuestro organismo. Sin embargo, y por más que dichas sustancias sean imprescindibles en la motivación sexual, no son suficientes en los humanos, ya que al avanzar más en la escala filogenética, se hace evidente que otros elementos participan también del juego. Como bien dice Miguel Ángel Álvarez, «ninguna actividad mental compleja puede ser el resultado de la acción de una hormona en particular»⁹.

Las hormonas, es cierto, hacen de «cimiento» del impulso sexual y preparan nuestro organismo para una posible actividad sexual, pero no son decisivas al determinar si llevamos esta a cabo o no. Entonces, si los genes no implicaban destino, tampoco lo son las sustancias químicas ya que, como decíamos, el deseo sexual humano no opera en el vacío ni responde exclusivamente a fuerzas instintivas o impulsos biológicos asociados a niveles hormonales, sino que la experiencia sexual requiere de otras variables mucho más sofisticadas. Es así

como por ejemplo, ciertos estados emocionales, la búsqueda de sensaciones intensas, de placer, de afecto o la satisfacción de necesidades secundarias, son algunos de los factores que pueden aumentar o disminuir nuestro deseo sexual, donde no es menor el rol que juegan la cultura y el significado personal que cada uno de nosotros le asigne a la sexualidad en su vida.

En resumen, nuestra sexualidad ciertamente está asociada a componentes biológicos, mas la biología no nos «obliga» a nada ni configura un determinismo absoluto, por lo que todas las hipótesis mencionadas hasta ahora no logran explicar el fenómeno a cabalidad. Para poder comprenderla, pues, es necesario un análisis desde una perspectiva psicológica más profunda, entenderla como lo que es, una experiencia emocional y motivacional.

Deseo sexual como experiencia emocional

De acuerdo a nuestra experiencia en casos de DSH selectivo, a lo largo de un proceso terapéutico las causales de inapetencia sexual van decantándose en factores de diversa índole. Sin embargo, en última instancia todos ellos se relacionan con estados emocionales como estrés, depresión, ansiedad, rabia y desilusión.

En décadas pasadas, cuando el DSH era una disfunción casi exclusiva de las mujeres, muchas de ellas ya sospechaban que podía deberse al resentimiento y temor que sentían hacia sus maridos, por más que aseguraran que no era una decisión (menos una consciente), sino simplemente que habían perdido el deseo sin saber por qué, dejando incluso de masturbarse. En pocas palabras, el sexo ya no estaba presente en sus cuerpos, en sus mentes ni en sus vidas.

Hoy por hoy, el DSH selectivo no solo es más frecuente que antes en hombres, sino que también se presenta de una

forma muy distinta. En efecto, ellos no han alterado su hábito de masturbación y su funcionamiento físico es generalmente normal, pero aunque dicen estar motivados y dispuestos a tener actividad sexual con su pareja, no logran sentir las ganas. Y es justamente en los pacientes masculinos en quienes observamos una presencia mayor de emociones como la rabia, el miedo y el estrés en la base de su desgano. Para comprenderlo, lo central es preguntarse ¿por qué está pasando esto?

Al igual que las mujeres, ellos insisten en que no depende de su voluntad y que su problema es no sentir el deseo, lo cual nos remite a la relación que se establece entre fisiología, emoción y motivación.

Históricamente, a diferencia de todo lo cognitivo, las emociones fueron menospreciadas por la mayoría de los teóricos, mas en los últimos años se produjo un resurgimiento de las «ciencias del alma» o un retorno del alma a la psicología, gracias a las neurociencias afectivas, ocupando hoy la «psicología de las emociones» un lugar preponderante en la comprensión tanto de la emergencia del apetito sexual como también de su inhibición¹⁰. Son las emociones, entonces, las que influyen en nuestros pensamientos y en nuestra motivación; más aún, el amor, el placer y el deseo sexual son hoy considerados, en el fondo, como una emoción o un sentimiento. Es por ello que, para entender mejor nuestro funcionamiento sexual, a continuación pasaremos a revisar brevemente las teorías de las emociones más relacionadas con nuestro tema.

Emociones como sensaciones: teorías fisiologistas

Un primer enfoque plantea que la emoción es aquella sensación producto de un cambio fisiológico y no al revés. Es decir, no es que temblemos, por ejemplo, debido a que nos

percatamos de que teníamos miedo, sino que los temblores son los que nos indican que tenemos miedo¹¹. Aplicando esta teoría tal cual a la sexualidad, el encadenamiento del deseo sexual sería el siguiente: un estímulo excitante nos provoca reacciones vasocongestivas (por ejemplo, erección) y otros cambios, como el aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria. Luego, al experimentar estas sensaciones como placenteras, las apetecemos. Sin embargo, hay casos en que un hombre tiene una erección sin sentir deseo; otros sienten ganas pero no logran una erección y aun en otros las sensaciones placenteras se interrumpen abruptamente. Como ven, este modelo teórico tampoco es capaz de entregarnos las respuestas requeridas, por más que la retroalimentación representada por la activación fisiológica nos ayude a percibir que algo importante nos está ocurriendo, no nos indica qué es ese algo.

Las emociones como procesos neurológicos: teoría talámica-cognitiva

Un segundo grupo de teorías de la emoción responde a la llamada tradición neurológica que se desprende del descubrimiento, por parte de Paul Brocca, de la existencia de un conjunto de estructuras que bordean el cerebro anterior y que llamó «lóbulo límbico». Años después, James Papez postuló que aquella región descubierta por Brocca en realidad formaba un circuito neuronal que sería el sustrato neural de las emociones. Finalmente, Paul MacLean formuló un modelo anatómicamente más amplio conocido como sistema límbico.

En base a este sustrato surgió la teoría Cannon-Brad, la que afirma que, más que las reacciones fisiológicas de nuestras vísceras, es la activación del sistema límbico y del sistema nervioso autónomo lo esencial en los procesos emocionales,

ya que las reacciones fisiológicas no ocurrirían antes que la emoción, sino de forma simultánea.

Pero este segundo enfoque, aunque nos ayuda a comprender el que a nuestros pacientes con DSHsr se les dificulte distinguir si su aceleramiento cardíaco al aproximarse sexualmente hacia su mujer se debe a la excitación sexual o bien al temor, tampoco fue lo suficientemente completo, al no lograr explicar la *cualidad* de la emoción; es decir, por qué experimentamos diferentes emociones. Entonces, si bien las sensaciones físicas son esenciales en el origen de las experiencias emocionales, no son lo suficientemente diferenciadas como para que sepamos con exactitud cuál es la emoción que estamos sintiendo en un determinado momento, sobre todo si consideramos que nuestra subjetividad es más importante que las posibles reacciones fisiológicas que podemos experimentar frente a un estímulo. Bien concluía Álvarez al decir que ninguna actividad mental compleja puede ser interpretada a partir de un solo factor, sea este anatómico, químico o de una combinación entre ambos. En este sentido, debemos tener presente que los impulsos biológicos adquieren importancia psicológica solo cuando han sido procesados por la personalidad, el temperamento, la experiencia previa y el contexto ambiental.

Las emociones como asociación entre cuerpo y mente: teorías de interacción y atribución

Blanca, casada hace doce años, cuenta que su deseo sexual ha disminuido de forma paulatina, pero aún no desaparece del todo, y que cuando comienza a excitarse gracias a la estimulación de su marido, muchas veces pierde la concentración al preguntarse si hace bien al aceptar tener sexo pese a lo mal que él la trata. Entonces le surge el resentimiento y las ganas se le evaporan.

Que tal si comenzamos este apartado con una frase de LeDoux: «La mayor parte del tiempo los sistemas emocionales trabajan en silencio, lejos de nuestra conciencia. A pesar de los siglos de evolución, todavía somos “lagartos emocionales”». Este tercer grupo de teorías de la emoción se agrupan bajo lo que conocemos como Teorías Cognitivo-Interaccionales y, dentro de estas, revisaremos primero aquellas bajo la etiqueta de Teorías Atribucionales, enfocadas en definir cuáles son nuestras creencias respecto de por qué nos pasa lo que nos pasa (o lo que no) y por qué él otro hace (o no hace) tal o cual cosa. Es decir, estas teorías intentan explicar el modo en que las personas le asignamos un factor de causalidad a todo lo que ocurre, ya sea atribuyéndolo a variables individuales internas, externas, interpersonales u otras. Ello, porque los seres humanos parecíamos abrigar la necesidad existencial de definir y darle sentido a una realidad que se nos escapa para sentirnos seguros en el mundo, buscando explicaciones de manera voluntaria o involuntaria que nos permitan anticipar sucesos futuros. Y la forma en que reaccionemos ante tales acontecimientos, dependerá de cómo los interpretemos, del significado que atribuimos a lo que estamos viviendo.

El problema principal de esta teoría, como habrán de suponer, es que la posibilidad de autoengañarnos es infinita y, dado que estos procesos cognitivos son los que de una manera u otra regulan nuestras emociones, como dice Sirigatti, sería más bien una de las estrategias que hemos desarrollado para adaptarnos a una realidad que se nos hace cada vez más compleja¹².

Pasemos ahora a la Teoría Interaccional (de Schachter-Singer o Teoría de la Activación Cognitiva), la cual al explicar las emociones desde la interinfluencia entre lo corporal o físico y lo cognitivo o mental, llevó a la famosa Controversia Zajonc-Lazarus.

Como explicamos, las teorías interaccionales asumen que las emociones están estrechamente ligadas a la lectura que le atribuyamos al contexto. En otras palabras, nuestro estado emocional es determinado por nuestro pensar, por nuestras cogniciones. Pero entre Robert Zajonc y Richard Lazarus se produjo una interesante discusión, justamente en torno al momento en que surge la cognición respecto de la emoción. Contraponiéndose a las investigaciones de la época, Zajonc postuló que la emoción sí podía surgir antes de la cognición y que, por tanto, esta sería independiente del pensamiento, ejemplificándolo con la existencia de algunas emociones que emergerían antes o serían más rápidas que la interpretación. Es decir, podemos sentir emociones antes de reflexionarlas.

Lazarus, por su parte, se opuso a esta idea y planteó que la cognición era una precondition suficiente y necesaria para el surgimiento de la emoción, ya que sería nuestra estimación positiva o negativa de los sucesos lo que determinaría nuestra respuesta emocional.

Fue gracias a este debate que se hicieron nuevos aportes al área. Primero, se dejaron atrás los modelos reduccionistas. Y segundo, hubo un resurgimiento de los enfoques cognitivos, formulando novedosas propuestas al respecto, las que permanecen, si bien con ciertas modificaciones, hasta nuestros días.

Quien logró zanjar esta polémica fue el neurobiólogo Joseph LeDoux, cuyos planteamientos resultan hoy fundamentales por haber desarrollado un modelo fisiológico en que se identifican dos vías neurológicas distintas (rutas emocionales) que pueden activar las emociones, las que se diferencian entre sí por las estructuras cerebrales involucradas, la velocidad de la respuesta emocional y por el grado de conciencia.

LeDoux plantea que en la primera ruta, más primitiva y vinculada a la supervivencia y la adaptación, la respuesta se produce de forma tan rápida e inconsciente que no alcanzamos a

evaluarla, mientras que en la segunda, la respuesta es relativamente más lenta y sí presenta una valoración consciente.

Para el autor, entonces, todo lo importante que hacemos involucra a las emociones, las que parten de esa primera ruta, de esas reacciones que él llamó viscerales. Entonces, la mayoría de nuestras respuestas o reacciones básicas serían inconscientes y el procesamiento emocional se produciría en ausencia del conocimiento consciente; solo a posteriori, pues, nos percataríamos de lo que hemos experimentado, intentando buscarle una explicación basándonos para ello en el contexto¹³. En palabras de LeDoux: «Las emociones activan el comportamiento; luego nos inventamos una historia para explicar nuestro comportamiento, porque a la conciencia le gusta mucho tener una historia-mito acerca de quiénes somos y por qué hacemos lo que hacemos. Eso forma parte de una especie de teoría narrativa de la conciencia»¹⁴.

Tras este paneo general, podemos decir que hoy sabemos que no todos los procesos emocionales ni todas las emociones son iguales. Que existen tanto reacciones fisiológicas viscerales y emociones básicas relacionadas a la supervivencia que emergen sin cognición previa, y otras más sofisticadas que podríamos llamar sentimientos, en los cuales el proceso cognitivo es imprescindible y la conciencia juega un rol fundamental. En base a esto, pues, nosotros proponemos que la emoción más básica se acerca a lo que llamamos *Apetencia Fisiológica Indiscriminada*, mientras que la más sofisticada corre cercana al *Deseo Sexual Selectivo*.

Actualmente, los expertos parecen inclinarse mayormente por el enfoque interaccionista de las emociones, al sostener que, en la práctica, sería imposible separar el sentimiento (lo afectivo emocional) de la cognición, ya que existe una constante interacción entre ambos. Es así como nuestro estado afectivo «modula» y le da un «color» a nuestros procesos cognitivos, tal

como podemos testificar todos aquellos que trabajamos día a día con pacientes aquejados de DSH selectivo. En el caso de Blanca, ella estaría atrapada entre el resentimiento (razón o *logos*) y el deseo (emoción o *pathos*). Tal como explica Sirigatti: «Cuando el placer es frustrado a través de mensajes ambivalentes, se crea una especie de cortocircuito (...) el *logos* y el *pathos* interactúan de manera contradictoria, dado que desde el punto de vista emocional se advierte que algo “en el plano cognitivo” se juzga de forma completamente distinta».

Para cerrar el capítulo, queremos agregar que el descubrimiento de las dos rutas neuronales en la emergencia de las emociones, así como la distinción entre emoción y sentimiento, puede ser aplicado a los casos de aquellos hombres cuyas ganas iniciales se ven bruscamente interrumpidas, dado que si ellos inconscientemente sienten ansiedad ante el acto sexual, puede originárseles una reacción visceral defensiva (emoción primitiva), aumentando, por ejemplo, la frecuencia cardíaca e interrumpiendo el flujo de la apetencia sexual. Tras esto, ellos pueden interpretar lo que experimentaron como una señal de que existe algún peligro (para su autoestima), lo que determinará el sentimiento de miedo (emoción sofisticada) en el que podrían estancarse. Todo esto, pues, perturbará su motivación y su voluntad y, por ende, su conducta, respondiendo al hallazgo clave del papel que juega el factor mental de «anticipación de metas futuras» (sentido de autoeficacia) al momento de evaluar el nivel de esfuerzo y las reacciones conductuales. Es decir, si existe un temor al desempeño sexual (lo que vemos en muchos pacientes hombres), dicha ansiedad o miedo visceral afectará su motivación a involucrarse en cualquier actividad sexual en la cual pueda evidenciarse lo que consideran un rendimiento bajo o pobre.

Entonces, recapitulando lo dicho acerca de la psicología de la motivación sexual, hoy por hoy se considera que la

apetencia y el deseo erótico son productos biopsicosociales, ya que si bien para nuestro funcionamiento sexual es indispensable una base fisiológica genética (instintos e impulsos), esta no construye pasiones, motivos, elecciones de objeto ni identidades. Y, por lo mismo, nuestra sexualidad se integra en el conjunto de nuestro temperamento y de nuestra «narrativa biográfica», lo que nos hace muy sensibles al aprendizaje, a los factores que hemos ido aprendiendo a lo largo del camino, siendo esta una posible respuesta a por qué para algunos algo puede ser placentero, y que para otros eso mismo resulte una aversión. Porque, a diferencia de los animales, los seres humanos tenemos conciencia de las experiencias emocionales que vivimos, afectándonos en nuestros procesos motivacionales. Por si fuera poco, tenemos además la capacidad de modular, reprimir y/o expresar estas vivencias emocionales, dándoles un significado según nuestra propia cognición.

Comprendido esto, debemos tener presente que en nuestra experiencia sexual siempre estarán influyendo diversos motivos, sean internos o externos, y que en ella algunos actuarán como impulsores del deseo por nuestra pareja y otros lo harán desincentivándolo, pero, en última instancia, todos estarán relacionados con el sistema de recompensa cerebral inserto dentro del sistema límbico. Vale decir, los procesos motivacionales nos empujan a una meta, sea esta el lograr placer o evitar un potencial sufrimiento (representado por un estado emocional negativo).

Por todo lo dicho, en la actualidad se considera que la disminución del deseo sexual es el resultado, en el fondo, de una motivación deficiente.

CAPÍTULO XII

Una breve mirada a nuestro principal órgano erótico: el cerebro

Los grandes pecados del mundo ocurren en el cerebro:
pero, es en el cerebro donde todo ocurre...

OSCAR WILDE

Durante siglos se creyó que los principales órganos sexuales eran los genitales, mas hoy se sabe que es nuestra «cabeza» la que juega un rol fundamental. Por ejemplo, las poluciones nocturnas y los orgasmos femeninos factibles de producirse mientras dormimos (sin estimulación física que los provoquen) son una prueba de ello, con lo cual nuestros genitales serían únicamente terminaciones nerviosas que transmiten información a los centros cerebrales del placer. El cerebro, por tanto, sería no solo la sede de nuestra mente y conciencia, sino también de nuestra vida emocional, afectiva y sexual¹. Dada su enorme importancia, a continuación les contaremos muy sucintamente el rol que cumple el cerebro en nuestra sexualidad.

La información sensorial acerca de los estímulos externos llega a través de los órganos de los sentidos al cerebro, donde es procesada y cotejada con aquello que tenemos almacenado en nuestra memoria, gracias a lo cual podemos coordinar la

información y elaborar respuestas pertinentes. Así, en nuestros procesos sexuales, dicha información se asocia a emociones, fantasías y recuerdos (positivos o negativos) que colorean nuestro erotismo y motivación.

Pero han de saber que nuestras experiencias sexuales no solo se asientan en un área cerebral, sino que involucran múltiples zonas al mismo tiempo². Es así como el impulso sexual se encuentra integrado a la totalidad de nuestra experiencia vital y se ve afectado por ella. O, en otras palabras, dado que lo sexual en los humanos no se limita al coito, es el sistema nervioso en su totalidad el que participa en las actividades sexuales.

Y si bien esto hoy les puede sonar obvio, por cientos de años se creyó que nuestro cerebro destinaba zonas exclusivas a cada función. Sin embargo, gracias a investigaciones actuales más sofisticadas, se ha constatado que las diversas regiones interactúan entre sí de forma simultánea, tal como los músicos de una orquesta. De este parecer era el neurobiólogo Francisco Varela, quien en sus últimos estudios decía que la conciencia se define desde varios planos sincrónicos y que como cada proceso cognitivo tiene su propia música, sería una particular melodía la que unifica armónicamente un momento dado de conciencia. Podemos asumir, entonces, que la sexualidad también conforma una melodía particular en cada uno de nosotros, variando según las circunstancias vitales que afectan nuestras emociones y nuestros procesos motivacionales.

A su vez, tal como en los últimos años se han descubierto una serie de inteligencias diferentes, también han proliferado distintos tipos de cerebros³. De este modo, hoy se considera que el *cerebro sexual* forma parte tanto del *cerebro social* como del *emocional* y del *motivacional*. Respecto de este último, cabe destacar que la motivación sexual humana constituye un fenómeno especialmente difícil de comprender debido a los desafíos que entraña su estudio⁴. Las técnicas actuales presentan las ventajas

de ser mínimamente invasivas y de permitir el estudio de la activación cerebral «en vivo».

Es gracias a estos modernos métodos, pues, que hoy sabemos que en la actividad sexual está implicada una serie de estructuras y circuitos neuronales que conforman una especie de centro o «cerebro sexual»⁵.

Es decir, nuestra sexualidad no consiste en una simple serie de reflejos corporales ni responde solo a emociones primarias reguladas por el sistema límbico (SL)⁶, sino que involucra la activación de diversos mecanismos superiores, incluyendo sofisticados pensamientos y procesos motivacionales, como también los centros del placer del sistema de recompensa.

Nuestro cerebro sexual está compuesto por diversas estructuras relacionadas con el lóbulo temporal y con el SL que controla las actividades del sistema endocrino, cuya función principal es mediar entre nuestras emociones y las conductas motivadas. Entonces, justamente por modular las emociones y por su rol en la formación de las cogniciones que determinan nuestros estados subjetivos, es que al SL se lo conoce también como el «cerebro emocional». Metafóricamente, pues, este hace las veces de torre de vigilancia al regular las respuestas fisiológicas ante los estímulos emocionales. Y es en este sentido que se relaciona con la sexualidad, el amor, la personalidad, las conductas y las adicciones. Vale decir, el SL es fundamental en todos los procesos sexuales, ya que si no funciona adecuadamente, se alteran las emociones, los niveles de energía, las rutinas de sueño y el manejo del estrés.

A continuación revisaremos algunas de las principales estructuras neuronales de nuestro cerebro sexual, en donde unas intervienen de forma directa y otras lo hacen de manera indirecta, de la misma forma que unas se activan y otras se desactivan, para que podamos responder sexualmente.

¿Cómo funciona nuestro cerebro sexual?

Para nuestras emociones y nuestra sexualidad, la corteza orbitofrontal es de vital importancia al estar involucrada en la elaboración de sentimientos comunitarios y en el cuidado de la descendencia. Es en esta región donde se integran las conductas sexuales y se selecciona el comportamiento sexual que mejor se adapta a las circunstancias, las creencias, la moral y la ética. Por ejemplo, en el lado derecho determinamos si la imagen que estamos viendo nos es atractiva o no, o si queremos efectuar alguna acción sexual concreta, correspondiendo así tanto al componente emocional como al motivacional de la apetencia sexual.

Otras estructuras muy relevantes son el tálamo y el hipotálamo, en especial el cuerpo estriado y la amígdala cerebral, que es donde se procesan las emociones y se potencia el deseo sexual⁷. El complejo amigdalino regula las primeras reacciones en situaciones emocionales extremas, participando así en la evaluación de cada momento de estrés y en la decisión de qué emoción es pertinente para cada caso⁸. Esta estructura, entonces, está involucrada en el procesamiento de las emociones intensas (incluyendo el estado de alerta y el miedo) y en el aprendizaje emocional al almacenar los recuerdos relativos a tales sucesos. Es decir, es aquí donde los estímulos sensoriales adquieren su significación afectiva y emocional⁹. Pero para que la respuesta sexual humana pueda ser completada satisfactoriamente, la amígdala debe desactivarse ya que solo así se inhibe o dificulta la aparición del miedo, la pena o la rabia, emociones que pueden perturbar el desempeño¹⁰.

Específicamente en los hombres, Serge Stoléru junto a su equipo se han dedicado por años a estudiar la manera en que la apetencia sexual se despierta en sus cerebros¹¹. Tomando en cuenta la importancia de lo visual en la sexualidad masculina,

pues, estudió las regiones cerebrales que se activaban al mostrar tres películas diferentes a un grupo de voluntarios: una «emocionalmente neutra» (documental sobre geografía), una comedia (para favorecer reacciones positivas) y una de sexo explícito. En concreto, los estudios arrojaron que no era solo una parte del cerebro la que analizaba el estímulo, sino que principalmente eran cinco las regiones neuronales que se involucraban. O, mejor dicho, que esta activación pasaba por cinco etapas antes de llegar al momento potencial de decidir actuar, todo en menos de lo que dura un parpadeo¹².

El equipo de investigadores concluyó que cada uno de estos componentes estaría controlado, a su vez, por procesos inhibitorios que cumplen la función de prevenir la aparición del deseo en aquellos momentos en que sería inconveniente su emergencia. Al respecto, en una interesante investigación se pidió a un grupo de voluntarios que inhibieran activamente la sensación de apetencia frente a estímulos eróticos, y efectivamente lo lograron, con lo cual podemos concluir que los humanos tenemos la capacidad de cambiar la naturaleza de los procesos mentales en forma voluntaria, influyendo en las dinámicas electroquímicas de nuestro cerebro¹³.

Los mensajeros químicos de nuestra apetencia sexual

Saúl escribe en el blog: «Hace años arrastro un problema en mi vida sexual que necesito solucionar. No sé qué tengo, pero cada vez que estoy con una mujer, mi falta de seguridad por mi funcionamiento y rendimiento sexual me juega en contra. Hay veces en que simplemente no funciono por el estrés del momento. Tengo 30 años y hace dos vivo con mi pareja. Es muy común que despierte o llegue del trabajo y desee estar con ella, pero me atrapa una suerte de pánico

escénico y escape de la situación. Esto generó problemas, hasta que le conté lo que me pasaba. Y tengo miedo, no sé cuál será su reacción. Fui al urólogo, esperando que encontrara una razón, pero descartó todo problema físico y me dijo que mis niveles hormonales son normales. He comprado Sildenafil para tener un rendimiento normal, pero ha sido peor al hacerme dependiente de las pastillas».

En los últimos años se han identificado los principales neuroquímicos y mecanismos de funcionamiento involucrados en la respuesta sexual y en el amor, determinando que mientras unos son facilitadores (hormonas sexuales, feromonas), otros son activadores (dopamina, adrenalina, oxitocina) y otros bloqueadores de la apetencia sexual (serotonina, cortisol, prolactina)¹⁴. En general, nuestro sistema neuroendocrino está directamente relacionado con nuestras emociones y, por lo tanto, con nuestra sexualidad a través de la acción de los neurotransmisores (NT).

Los estímulos eróticos desencadenan en nuestro cerebro la liberación de «mensajeros químicos», los que al ser detectados por los NT generan una sensación de alteración física que percibimos como insatisfacción sexual, la que potencialmente nos motiva a realizar alguna actividad sexual en pos de recuperar el equilibrio¹⁵.

En términos muy generales, nuestra experiencia sexual y la del deseo (o su ausencia) sería el resultado final de un delicado balance entre sustancias químicas que cumplen una función de excitación o que facilitan la activación (prosexuales) y otras que inhiben o frenan su emergencia (antagonistas sexuales)¹⁶. Pero el panorama es más complejo, ya que dentro de estas últimas hay algunas que afectan directamente y otras que lo hacen de forma indirecta, sea aumentando la producción de las inhibidoras, sea disminuyendo los niveles de las excitatorias. Así, si los compuestos químicos prosexuales alcanzan los niveles adecuados en

nuestra sangre, se incentiva el apetito sexual y se manifiestan los signos de excitación genital. Pero cuando bajan sus niveles, puede ocasionarse una disminución del deseo y de la lubricación, como también dificultarse la erección y el proceso eyaculatorio.

Como ya hemos mencionado, las principales sustancias químicas excitatorias en la apetencia sexual son las hormonas sexuales. Y en ambos géneros, los andrógenos (testosterona y DHEA) ocupan el primer lugar. En las mujeres, luego, está la progesterona y los estrógenos (estradiol); aun cuando estas últimas están presentes en ambos sexos, lo están en proporciones distintas, amén de variar de una persona a otra y depender del ciclo vital en el que nos encontremos.

Aun así, la testosterona es la más importante, ya que además de aumentar el deseo, influye en la frecuencia de la actividad sexual, en la intensidad del orgasmo y en la rigidez de las erecciones. Y es importante saber que a mayor cantidad de coitos se incrementan los niveles de testosterona mientras la disfunción eréctil puede disminuirlos.

Revisemos, muy brevemente, las funciones de los NT más relevantes en los ciclos de la respuesta sexual humana (RSH).

En la fase del deseo tenemos la oxitocina y la melancortina, pero es la feniletilamina (FEA), la que merece una mención especial al operar sobre los centros de recompensa, dando paso a intensas respuestas fisiológicas que actúan como reforzadores y nos incentivan a querer repetir dichas conductas. Es decir, la FEA, además de inhibir la liberación de prolactina, regula el deseo sexual al funcionar como estimulante natural y generar atracción sexual.

Otro papel muy importante de la FEA es el ser precursora de la dopamina (DA), la que nos despierta una sensación de euforia, activando nuestra motivación y nuestro apetito sexual. La DA, entonces, es la esencia molecular del deseo, nos impulsa a iniciar una actividad sexual, fomenta la excitación, refuerza

el placer y facilita el orgasmo. Así, a medida que se libere la DA, mayores ansias se tendrá de algo, pero como estimula el circuito de recompensa, dichas ansias no son por la actividad u objeto en sí, sino por disfrutar nuevamente de las sensaciones placenteras producto de la propia DA¹⁷.

En la fase de la excitación, fuera del óxido nítrico (NO) y de la acetilcolina (Ach), participan la adrenalina (ADR) y la nora-drenalina (NOR), las que estimulan la sensibilidad ante las señales emocionales generales como también la respuesta genital fisiológica. En otras palabras, su función es incrementar el deseo sexual al favorecer la sensibilidad en los órganos genitales y senos. Sin embargo, un nivel excesivo de ADR o de NOR inhibe la apatencia sexual al bloquear los efectos positivos de la testosterona.

Por último, en la fase del orgasmo están involucradas las endorfinas, antiendorfinas, péptidos opioides, receptores alfa adrenérgicos y la oxitocina (OT), cuyas funciones son muy variadas. La relación entre la OT y la respuesta sexual humana (RSH) es incierta, aunque todo apunta a que esta actúa desde el momento mismo de la atracción sexual inicial, perdurando a lo largo de todas las fases de la RSH. Por esto, la OT es considerada como la «mensajera química» del deseo sexual, al propiciar la erección y la contracción muscular genital, lo que acelera el impulso eyaculatorio y facilita el transporte del espermatozoide y del óvulo. Cuando hay un déficit de OT, pues, puede haber pérdida de deseo sexual y dificultades para alcanzar el orgasmo. En contraparte, un exceso de OT puede inhibir el funcionamiento sexual.

Diferencias en el funcionamiento sexual de hombres y mujeres

Mucho se habla de que hombres y mujeres reaccionamos distinto ante los estímulos sexuales, que nos excitan diferentes

cosas, que tenemos otros tiempos de reacción y que incluso necesitamos distintas condiciones para un funcionamiento sexual normal. Y puede ser cierto, pero estas diferencias aún no responden a una de las interrogantes principales de este libro: ¿por qué esta disminución del deseo sexual está ocurriendo hoy en hombres jóvenes, al tiempo que menos mujeres consultan por problemas sexuales? Consideramos que las modificaciones socioculturales en torno a los roles de género no alcanzan a explicar los cambios en la vida sexual de las nuevas generaciones y, quizás, habría que preguntarse: ¿cómo influirá el delicado funcionamiento fisiológico masculino en esta emergente disfunción?

Los manuales diagnósticos que solemos utilizar en nuestra profesión han sido cuestionados justamente por las deficiencias de sus criterios diagnósticos en el área de las problemáticas sexuales, en especial respecto del DSH¹⁸. Una de las principales objeciones es que han ignorado las diferencias en el funcionamiento sexual entre hombres y mujeres, a pesar de las evidencias que existen sobre este tema¹⁹. Por ejemplo, el ciclo sexual de la mujer sería distinto al del hombre, ya que no es lineal. Es decir, el nivel de deseo sexual es altamente variable de una mujer a otra, y aunque algunas no presenten un deseo sexual «automático», los especialistas consideran que sí son sexualmente funcionales, ya que pueden responder eróticamente si son adecuadamente estimuladas. Así, por más que muchas de ellas digan no estar previamente interesadas en tener sexo, al ser correctamente acariciadas por su pareja, sí se excitan, se les despierta el deseo y se involucran voluntariamente en la actividad sexual, dejando claro que el ciclo sexual femenino no siempre comienza con las ganas instintivas (pensamientos o fantasías sexuales). Esta apetencia sexual reactiva es la que se conoce como Deseo Receptivo (DR), en oposición al Deseo Espontáneo (DE), que sería más propio de los hombres. Es

por esto que hoy, contrario a los modelos lineales, se prefiere hablar de un Modelo Circular de retroalimentación de cada una de las fases de la Respuesta Sexual Humana (RSH).

Por largo tiempo se aseguró que existían dos tipos de cerebro, uno masculino y otro femenino. Después se sostuvo por años que hombres y mujeres eran prácticamente iguales. Actualmente, la mayoría de los expertos afirma que nuestra arquitectura cerebral es efectivamente sexuada²⁰. Esto no quiere decir que exista una relación lineal entre lo que es sexuado genéticamente y las conductas respectivas, ya que los genes se activan y desactivan a lo largo de una vida dependiendo de muchos factores, especialmente ambientales y contextuales. Pero además las particularidades cerebrales por sexo son bastante relativas y las diferencias entre miembros del mismo género pueden, en ocasiones, ser incluso mayores que las que existen entre hombres y mujeres.

Como verán, este es otro tema en donde los prejuicios ideológicos juegan un rol preponderante, ya que determinan hasta cierto punto las creencias que nos construimos al respecto y que nos llevan a preguntarnos si nacemos o nos vamos haciendo diferentes según el contexto en el cual crecemos. La respuesta parece ser la misma que en otros ámbitos: nacemos y nos vamos haciendo. En todo caso, la biología no basta para hacer a un hombre o a una mujer.

Al nacer, somos sexuados, mas como nuestro cerebro es muy inmaduro en esta etapa (y no termina de madurar por un buen tiempo más) es debido a las constantes interacciones con nuestras particulares condiciones ambientales que vamos estructurándonos como diferentes los unos de los otros. En este complejo proceso tienen casi igual importancia tanto los factores genéticos y hormonales como los ambientales, por lo que no pueden existir comportamientos ni reacciones que sean biológicamente condicionados en términos absolutos. Por

ejemplo, ni los patrones de conducta agresivos son exclusivos de la masculinidad ni la pasividad es propia del género femenino.

Pero antes de adentrarnos en materia, y por más que a muchos hombres no les agrade saberlo, debemos recordar que al momento de la gestación todos los humanos poseemos un cerebro estructural y funcionalmente femenino. Es solo en el segundo trimestre del embarazo cuando la secreción de testosterona «masculiniza» el Sistema Nervioso Central (SNC) de los hombres²¹.

Llegados a este punto, y para no enfrascarnos en la eterna lucha de los sexos, adelantamos la conclusión: hombres y mujeres somos distintos, pero iguales.

Veamos. A pesar de que los cerebros de ambos géneros tienen el mismo número de neuronas, el hecho de que el cerebro masculino sea un 9 por ciento mayor en masa, volumen y peso, se ha utilizado como uno de los argumentos de justificación de la superioridad del hombre. Pero, como afirma la especialista Louann Brizendine, que el cerebro sea de mayor tamaño o contenga más materia gris no significa que sea «mejor», sino que el procesamiento de la información es distinto, nada más²². De forma simple, el tamaño no tiene relación con la inteligencia, como podemos comprobar en el hecho de que muchos de los grandes pensadores han tenido el cerebro pequeño. Lo que pasa, entonces, es que cada sexo tiene más desarrolladas ciertas zonas anatómicas y usa circuitos cerebrales distintos para resolver los mismos problemas, procesar el lenguaje, experimentar y almacenar las emociones, etcétera.

Por ejemplo, el cerebro de la mujer es más eficiente en el procesamiento cognitivo, que sería parte del fenómeno adaptativo respecto de las funciones evolutivas ancestrales de la hembra: embarazo, parto, amamantamiento y cuidado de las crías. La realización de estas tareas, pues, les facilitó el desarrollo de las habilidades verbales y emocionales. Por su parte, en

los hombres, antiguos cazadores, se desarrollaron mayormente las aptitudes necesarias para las actividades físicas y enfrentar riesgos, siendo las zonas cerebrales dedicadas a la actividad física y a la agresión de mayor volumen. Serían más bien diferencias sutiles neuroanatómicas y funcionales entre géneros, las que predisponen hacia ciertas conductas y no hacia otras. Por ejemplo, dentro del cerebro masculino las áreas de mayor extensión son aquellas encargadas de procesar las señales que envían los sentidos así como las percepciones del espacio, y por esto ellos tienen una mejor memoria visual, sentido de la orientación, visión nocturna, manejo del espacio y una sexualidad más visual. Las mujeres, por su lado, escuchan mejor que los hombres, ya que tienen mayor sensibilidad ante el sonido, además de una mayor delicadeza y percepción gustativa. A su vez, como el hipocampo en las mujeres es más grande y presenta una mayor cantidad de neuronas dedicadas a la memoria, ellas poseen una mejor memoria de corto plazo y el poder de almacenar más información irrelevante o fortuita que los hombres. En cambio, los hombres organizan la información de modo coherente o según les sea o no importante, recordando más cosas pero con menos detalles que las mujeres. Quizá por lo mismo sea que los hombres se orientan mejor intuitivamente y las mujeres buscan puntos de referencia.

Otras diferencias apuntan a la forma de razonar, tomar decisiones y resolver problemas; aquí las mujeres integran de forma más eficaz ambos hemisferios (significando que la división de las funciones está menos definida) y los hombres se inclinan hacia una lateralidad, una especialización de las funciones. Dicho esto, debemos decir que la discusión sobre una supuesta superioridad de uno u otro sexo está superada para la ciencia. Hoy hay consenso en reconocer que son más las similitudes biológicas que las diferencias, con lo cual aquellas distinciones entre hombres y mujeres son el resultado conjunto de la naturaleza,

el entorno y la educación. Eso sí, en cuanto a las hormonas que participan en los procesos sexuales y afectivos, los estudios dejan muy claro que en los hombres se produce el doble de testosterona y DHEA que en las mujeres, hormonas clave en el aumento del deseo y la energía sexual (aun cuando hay mujeres que presentan niveles bastante altos de testosterona).

La regulación de las emociones

La estructura y organización del cerebro, así como la predominancia de ciertos NT, son la base de las diferencias entre los sexos respecto del ámbito emocional. Las mujeres, por ejemplo, tienen una mayor cantidad de neuronas dedicadas a las emociones, pero una menor concentración de serotonina, por lo que cuando están melancólicas se pone en funcionamiento una región ocho veces más extensa que en los hombres. Por lo mismo, no es extraño que a ellas les afecten más los estados emocionales, que sean más propensas a la tristeza, que sufran el doble de depresión y que reaccionen más rápida y agudamente al dolor. No obstante esto, su resistencia al malestar a largo plazo es mayor que en ellos. Es decir, toleran mejor el estrés crónico. Y respecto de los estados de ira, en ellas se activa la región encargada de moderar el comportamiento e inhibir los impulsos, y como en los estados emotivos se les activan ambos hemisferios, tienen más estrechamente conectados los centros de la razón y de la emoción²³. Por esto a las mujeres se les hace más difícil separar lo emocional de lo reflexivo, pero están mejor «equipadas» para analizar y razonar sobre sus emociones, pudiendo expresar más fluidamente sus sentimientos en forma verbal.

En cuanto a los hombres, los estados emotivos activan casi exclusivamente el hemisferio derecho (lateralización de las emociones negativas) y sus estados de ira movilizan más del

doble de zonas que en las mujeres, lo cual ayuda a entender su mayor egocentrismo y su propensión a la cólera, expresada en conductas agresivas e impulsivas. Luego, una consecuencia fundamental para la sexualidad masculina es su tendencia a acumular tensión y, por ende, a aumentar sus depósitos de cortisol, uno de los mayores inhibidores sexuales. A su vez, si bien son más racionales, les es más difícil poner en palabras lo que sienten, una de las principales causas asociadas a los trastornos psicosomáticos, incluyendo al DSH. Sobre el punto, y aun cuando ambos géneros están en contacto con la alegría, a ellos les cuesta más identificar la pena. Por último, una situación que puede generar malos entendidos es que los hombres suelen no comprender en su totalidad las percepciones y reacciones femeninas cuando conversan con ellas, mientras que las mujeres «oyen» mucho más de lo que ellos creen estar diciendo, al estar más capacitadas para captar señales y matices en el tono de voz o en la intensidad de la expresión.

Diferencias en el área sexual

De acuerdo con las investigaciones de Helen Fisher, hombres y mujeres no son tan distintos en su funcionamiento afectivo-sexual puesto que comparten muchos de los circuitos cerebrales relacionados con la pasión sexual y el amor, pero también tienen importantes diferencias²⁴. Según la autora, reina la creencia errónea de que las mujeres serían menos sexuales y los hombres menos románticos, cuando en el fondo ambos sexos son bastante similares en estas áreas. David Schnarch agrega que el estereotipo de hombres que buscan sexo y mujeres intimidad, es equívoco y destructivo²⁵.

Para comprender la complejidad de estas diferencias debemos echar mano a la Psicología Evolutiva. A saber: las hembras

Homo Sapiens desarrollaron tres características únicas a fin de aumentar la probabilidad de que el macho se quede con ellas para proteger al débil bebé humano. La primera es la receptividad sexual permanente, ya que a diferencia de otras especies, la mujer no tiene un período de celo. La segunda característica es la «ovulación oculta», pues también a diferencia de otras especies, la mujer no evidencia que está ovulando por medio de estímulos visuales u olfativos, lo que lleva al hombre a permanecer «atento» a las necesidades sexuales de su pareja para alcanzar el éxito reproductivo, favoreciendo la unión. Por último, está el orgasmo femenino, único en el reino animal y posible señal emocional de haber encontrado al hombre que ayudará en el largo proceso de maduración de las crías y, por ende, sería un agente discriminatorio para la adecuada selección de pareja.

En términos generales, la respuesta fisiológica ante la estimulación sexual sigue en ambos géneros un mismo patrón básico (deseo, excitación, plato o meseta, orgasmo, resolución)²⁶. Pero tal vez una de las mayores disimilitudes se dé dentro de la fase orgásmica, ya que el patrón de respuesta femenino permite el orgasmo múltiple en un corto período de tiempo, mientras que el hombre tras su orgasmo entra en un período refractario que le impide alcanzar una nueva erección, debido al aumento de endorfinas y prolactina en el SNC.

Otra diferencia radica en el tiempo necesario para lograr el orgasmo: mientras los varones pueden alcanzarlo en los primeros dos minutos de iniciado el acto sexual, el promedio en ellas va entre los 10 y 20 minutos (aun cuando al masturbarse puede lograrlo en solo cuatro minutos). En cuanto a las contracciones orgásmicas, las masculinas duran apenas un par de segundos mientras que las femeninas pueden durar más de un minuto. A su vez, al momento del orgasmo en ambos sexos se libera dopamina (DA)²⁷, provocando sensaciones de placer

y energía, al mismo tiempo que se reduce la función de la amígdala y de otras áreas relacionadas con la regulación de las emociones negativas. Lo interesante es que únicamente en los hombres, por más excitados que estén, permanecen activas aquellas áreas asociadas a un estado de alerta, lo que podría explicar algunos problemas de erección y/o eyaculación. Si la desactivación de la amígdala en ellos no fue efectiva y están en un contexto de ansiedad, se generan estados emocionales negativos que afectan la función de la DA. Ellas, en cambio, desconectan totalmente su estado de alerta durante el orgasmo y pueden tener segundos de inconsciencia, de donde viene la expresión *petite mort*.

Por otro lado, tradicionalmente se ha dicho que para que la mujer logre el orgasmo con un hombre, más que la estimulación efectiva o las características de la pareja, lo que la excita es el contexto y ciertos complementos intangibles (sentirse amada o deseada), dejando en evidencia la relevancia del centro sexual del cerebro femenino. Aun así, en la consulta hemos visto que en los últimos años ha aumentado el número de hombres para quienes el contexto les es también fundamental y que si han discutido ese día con su pareja pierden el deseo, amén de considerar la ternura en la relación como un eje central para el bienestar de ambos.

Diferencias en el nivel de deseo sexual entre hombres y mujeres

Forma parte del imaginario colectivo creer que el hombre tiene un nivel de deseo mayor al de la mujer. Esta es una afirmación reduccionista y a todas luces discutible, ya que si analizamos la información disponible, en ambos géneros la apetencia puede ser igual de intensa y esta intensidad varía

más de persona en persona que de un género a otro²⁸. Por tanto, las diferencias entre géneros responden más a la socialización que a la biología y a que en el discurso los hombres exageran hacia arriba y las mujeres —todavía— hacia abajo.

Volviendo a la teoría evolutiva, como la libido se basa en un instinto reproductivo, para la sobrevivencia de la especie es importante que el macho sea más activo sexualmente, ya que al haber hembras disponibles, ellos pueden engendrar un mayor número de vástagos. En contraparte, sin importar a cuántos machos tenga acceso una hembra, ellas solo pueden tener un embarazo por año. Estos datos, al menos en el papel, reflejarían una mayor intensidad y constancia en el deseo sexual masculino, haciendo equivaler la mayor fertilidad con esa hipersexualidad que por siglos se le ha atañado al hombre. Sin embargo, si no existen medidas fiables que midan el deseo, ¿en qué podemos basarnos para afirmar que la mujer es menos sexual? Esta interrogante adquiere hoy más importancia, ya que las quejas femeninas acerca de la escasa frecuencia en las relaciones sexuales son mucho más que las masculinas en las parejas que consultan. Uno de los argumentos más esgrimidos para afirmar la «superioridad sexual» del hombre es su mayor producción de testosterona, pero, como veremos, esto no necesariamente significa que su apetencia sea más alta o que sus actitudes y conductas sexuales se vean afectadas per se.

Roy Baumeister, tras una exhaustiva revisión a la literatura hasta el año 2000, concluyó que los hombres «muestran» deseo sexual de forma más frecuente e intensa que las mujeres, graficando esto con varios ejemplos: ellos tienen más pensamientos sexuales espontáneos ante estímulos visuales, su apetencia se desencadena más fácilmente, se masturban con mayor frecuencia, consumen más pornografía, son más propensos a buscar sexo casual, a tener un mayor número de parejas sexuales, a practicar actividades sexuales de mayor variedad,

a hacer mayores sacrificios por tener sexo y tener una mayor disposición a pagar por sexo²⁹.

Así, en base a estos antecedentes, los investigadores solían concluir que en el género masculino el deseo debía ser más fuerte. Pero estos datos fueron puestos en cuestión cuando nuevas variables entraron en juego: la mujer tiene una mayor capacidad orgásmica, un mayor grado de intensidad en el goce y su motivación sexual es menos maleable por situaciones externas. Con esto, fueron surgiendo nuevas conclusiones, partiendo con el hecho de que la testosterona no tiene un efecto exponencial en ninguno de los dos géneros. Es decir, como dice John Bancroft, una mayor o menor cantidad de esta hormona no significa necesariamente un deseo sexual más alto o más bajo, ya que su influencia solo perdura hasta un cierto grado y un cierto momento. En otras palabras, cuando el hombre alcanza un determinado nivel de testosterona, el deseo no sigue aumentando y se equipara al de la mujer, con lo cual las diferencias del impulso sexual parecerían ser más cualitativas que cuantitativas³⁰.

Si a esto le agregamos que la biología no es determinante y que los resultados de los estudios no muestran precisamente códigos binarios sino solo tendencias (muy relativas, por lo demás), vemos que esta supuesta supremacía sexual masculina está en entredicho. Y si además consideramos la gradual desaparición de la doble moral sexual que ha permitido emerger a la real sexualidad femenina cambiando sus hábitos sexuales (nótese el éxito de la pornografía para mujeres y el crecimiento en la venta de juguetes sexuales para ellas)³¹, vemos cómo se equilibra la balanza.

En el presente las mujeres tienen su primera experiencia sexual a edades más tempranas, están experimentando más y tienen un mayor número de parejas sexuales antes del matrimonio. Agreguemos que hay algunas que disfrutan de la

promiscuidad, que contratan servicios sexuales, que se declaran libremente lesbianas o bisexuales, otras que encuentran su mayor fuente de excitación en las fantasías sexuales, tan intensas y variadas que son suficientes en ciertos casos para alcanzar el orgasmo sin una estimulación directa del clítoris. Según Helen Fisher, como decíamos, ni las mujeres serían menos sexuales ni los hombres menos románticos, sino que a ellas les apetece tanto como a ellos hacer el amor, solo difiriendo en ciertos hábitos y tendencias. Por ejemplo, en general las mujeres prefieren las caricias antes de la búsqueda rápida del coito, aunque en el último tiempo hemos notado una tendencia masculina a considerar cada vez más importante la «previa», inclinándose por hacer todo más lento y dedicándole a cada etapa su tiempo. Tanto se ha ido homologando el funcionamiento sexual de ambos géneros que se ha llegado al punto de que mujeres y hombres atribuyen su inapetencia sexual casi a las mismas causas emocionales. A nuestro juicio, el creer durante tanto tiempo que los hombres poseían un impulso sexual mayor les impuso una presión muy fuerte que hoy está quedando en evidencia. Y este mito está generando mucha angustia entre hombres y mujeres, ya que mientras ellos no pueden entender qué les pasa, ellas no consiguen aceptar que no las deseen.

No es extraño, finalmente, que sean las mujeres jóvenes las que más nos consulten por la disminución del deseo en sus parejas y que sean ellas las más interesadas en que su hombre recupere las ganas, al tiempo que los hombres las perciben como insaciables y que no los respetan cuando están cansados. Al parecer, los hombres de hoy se sienten apocados y no saben cómo enfrentarse a esta expansiva y liberal sexualidad femenina que muestra un mayor deseo sexual que antes y que busca los contactos íntimos que anteriormente solían rehusar.

Otras diferencias del deseo sexual

Además de las ya nombradas, hay otras disimilitudes menores en cuanto al deseo. Por ejemplo, fuera de que la apetencia en el hombre surge de forma casi instantánea y se desencadena con mayor facilidad ante estímulos visuales, ellos recuerdan más determinados aspectos de episodios sexuales anteriores (alguna prenda de vestir, un aroma) y dependen más de estímulos externos, aunque sin excluir los componentes afectivos³². Es decir, el cerebro sexual masculino tiene detectores especiales de la apariencia física femenina, estímulos que son procesados emocionalmente y que influyen, a fin de cuentas, en la erección. Las mujeres, por su parte, más proclives a la neuroplasticidad sexual, son más influenciadas por factores socioculturales e interpersonales, lo que lleva al deseo sexual femenino a ser más adaptable, versátil, variado, sensorial, responsivo, más dependiente del contexto emocional e independiente de estímulos externos como los olores.

A su vez, hombres y mujeres buscarían en el sexo sensaciones distintas, las que claramente influyen en su funcionamiento sexual. Así, mientras ellas necesitan sentirse amadas y validadas (amén de ser objeto de deseo), ellos ven la sexualidad como un valor que afecta su autoestima, buscando sentirse poderosos, vencedores³³. Esto que parece dicho casi al vuelo, es justamente lo que ellos han ido perdiendo en los últimos años, ya que, frente a su mujer, hoy los hombres no parecen sentirse tan poderosos como antes, creyendo que si fallan en el desempeño sexual perderían aún más poder, generándoles esto ansiedad y llevándolos a crear situaciones de evasión. Las mujeres, por su lado, hoy se sienten con más poder que antaño, a pesar de que, como hemos oído en la consulta, ellas sospechan que uno de los costos de este mayor poder femenino sea el «castigo» de no ser deseadas. Y si antes

era un lugar común decir que las mujeres necesitaban primero conversar los problemas para estar dispuestas al sexo y que los hombres requerían del sexo para estar dispuestos a conversar, hoy cada vez más hombres insisten en la necesidad de estar bien con su pareja para poder desearla. Últimamente se ha descubierto que la sexualidad masculina no era tan simple como se suponía antes y por esto, quizás, hoy en día es más y más importante para su funcionamiento el cómo se siente el hombre respecto de su mujer.

Deseo sexual espontáneo y deseo sexual receptivo

Como ya les comentamos, los manuales diagnósticos no toman en cuenta muchas de las disimilitudes del funcionamiento sexual femenino versus el masculino, dando por sentada su semejanza. Pero ello implica que se cataloguen como patológicas algunas respuestas sexuales normales que son propias de las mujeres. Por ejemplo, no todas experimentan cada una de las fases de la RSH ni avanzan progresivamente de una a otra, variando en ellas los dos tipos de deseo existentes: el Deseo Sexual Espontáneo (DE), aquel que se despierta sin una determinada estimulación directa previa, y el Deseo Sexual Receptivo (DR), el que, aun cuando la sensación de deseo no surge de forma directa o automática, sí puede aparecer dentro de ciertos contextos incitantes o como respuesta a una adecuada estimulación de la pareja.

Sobre esto, Rosemary Basson argumenta que el DR refleja de mejor forma la experiencia sexual de la mujer, ya que en ellas el DE se haría presente solo en ocasiones dentro de las relaciones de parejas de larga data, mostrando que estos dos tipos de deseo no se presentan de forma equivalente en hombres y mujeres, lo que tiene profundas implicancias

clínicas: en los hombres prevalece el *espontáneo*; y en las mujeres, el *receptivo*³⁴.

Luego, como el deseo *espontáneo* es dependiente en gran parte de los niveles hormonales gonadales, se asume que está asociado al sentir ganas con mayor frecuencia y a querer coito con penetración. Si a esto le sumamos la influencia de lo cultural, es perfectamente entendible que sean los hombres quienes tomen frecuentemente la iniciativa sexual. Pero aun cuando en ellas también está presente el *espontáneo* (que aumenta después de los 30 años), todavía muchas muestran una orientación más bien pasiva hacia el placer, esperando que sea el hombre quien las busque, sepa estimularlas y conducir las al orgasmo. Un paréntesis al respecto: Jean Michel Hirt sostiene que cada vez es mayor el número de mujeres y hombres que esperan pasivamente a que el otro tome la iniciativa, y que, cuando baja la intensidad y frecuencia de las relaciones, se culpan mutuamente³⁵.

Por su parte, el *receptivo* depende de estímulos facilitadores externos, manifestándose las ganas tras haberse iniciado el acto sexual. Este aparecería, entonces, con posterioridad a la fase de excitación y no cumpliría los criterios del modelo lineal de la RSH. Por esto, muchas mujeres que no reportan pensamientos ni fantasías sexuales y que no sienten apetencia sexual previa, si son estimuladas adecuadamente, pueden presentar lubricación antes de percibir el deseo, participando luego con entusiasmo en la actividad sexual y funcionando de forma normal con orgasmo. Es decir, el aumento de la excitación es acompañado por un incremento del interés sexual. O, mejor dicho, por más que en un comienzo no hayan sentido DE, si están predispuestas a dejarse acariciar eróticamente es muy probable que se les despierten después las ganas. Y por esto, el que ellas requieran de besos y juegos eróticos previos a la penetración, no significa que tengan una libido menor,

sino que la búsqueda rápida del coito es propia del DE, más común en los hombres.

No obstante, de acuerdo a nuestra experiencia es fundamental el evitar caer en una postura sexista y creer que esto le ocurre solo a las mujeres, ya que repetidas veces hemos visto cómo también muchos hombres no toman la iniciativa, se quejan de que el maltrato de su mujer les afecta su deseo, no sienten el DE y les surgen las ganas en algún momento del intercambio de caricias eróticas. Vale decir, ellos igualmente pueden mantener relaciones con su pareja sin haber sentido la apetencia previa, respondiendo más a motivos afectivos que pasionales.

En conclusión, tanto mujeres como hombres pueden perfectamente iniciar una relación sexual sin haber sentido ganas. Basta una predisposición motivacional a dejarse estimular por la pareja para abrir la posibilidad de que emerja la respuesta de excitación física y luego el deseo que los lleve al orgasmo. Y si eventualmente no llegan al coito o al orgasmo, esto tampoco significa que haya sido un encuentro íntimo fallido. Estuvieron cerca el uno del otro, se acariciaron, se besaron, liberaron oxitocina, vivieron un momento de complicidad, generando una agradable sensación de cercanía y satisfacción de otra índole, fuera de la puramente biológica-sexual (siempre que no enganchen en los pensamientos de haber fracasado).

Entonces, las enormes transformaciones en los roles de género de los últimos años han ido asemejando ambas sexualidades. Es por esto que hoy podemos observar el nacimiento de nuevas tendencias significativas para la comprensión del aumento del DSHsr en varones jóvenes, ya que, por un lado, las mujeres toman más la iniciativa, insisten en que ellos estén dispuestos a tener sexo cuando ellas quieran y hasta exigen ser masturbadas; si no, andan con cara larga y se sienten «rechazadas». Además, fuera de la inapetencia selectiva, cada vez más hombres se quejan de lo difícil que les es eyacular en vagina

(anorgasmia coital masculina), pero afirman, como antes hacían las mujeres, que ello no les importa en demasía. Sin embargo, como para ellas es una ofensa personal, los presionan a que logren un orgasmo³⁶.

Con todo lo dicho hasta este punto, es importante para los terapeutas considerar, tras el aumento del DE en mujeres y del DR en hombres, al menos en un porcentaje de los casos diagnosticados con DSH, la probabilidad de que no se trate de una disfunción sexual, sino de un simple retroceso del DE selectivo. De ser así, sea en hombres o en mujeres, habría que explicarles la existencia de estos dos tipos de deseo e incentivarlos a comenzar una actividad sexual aun sin sentir las ganas previas (aunque, quizá por un patrón cultural, hemos comprobado que es más difícil que el hombre esté dispuesto a dejarse acariciar si no siente las ganas, especialmente si no presenta erección o teme no alcanzarla).

El curso del deseo sexual

Muchas veces en nuestra consulta les contamos a nuestros pacientes un refrán popular: «Deja la lujuria un mes y te dejará ella tres». El deseo sexual por lo general disminuye en cierto grado con la edad y con la duración de la relación. Pero, tras esta relativa reducción, la mayoría de las parejas se estabilizan en una frecuencia aproximada de dos coitos semanales y mantienen dicha periodicidad por décadas.

Una posible explicación a esto la encontramos en la ya citada Ley de Fisher, la que sostiene que a más relaciones sexuales, mayor cantidad de sexo nos pedirá nuestro cuerpo, y viceversa (valga como dato ilustrativo, que las parejas más activas sexualmente se masturban más que las que tienen sexo esporádico)³⁷. Es decir, cuanto más interactuemos con nuestra

pareja de una manera sensual, táctil y afectiva, mayor será la predisposición a sentir deseo, entendiendo con esto que nuestro cuerpo tiende a condicionarse a la frecuencia a que lo habituemos. Por lo tanto, si una pareja ha distanciado sus relaciones sexuales por largo tiempo, la apetencia sexual disminuirá, pudiendo virtualmente desaparecer al haber disminuido los niveles de testosterona. Y si superan las condiciones que motivaron el distanciamiento, el deseo no se recupera fácilmente, ya que como diría Jean-Baptiste Lamarck, «la función hace al órgano y órgano que no se usa se atrofia».

Entonces, si la Ley de Fisher fuese correcta, habríamos de reconsiderar la mala prensa con que se ataca al sexo programado y «rutinario», al tiempo que se alaba al sexo espontáneo y se insiste en que deberíamos innovar lo más posible, ya que cada vez más la opinión de los sexólogos apunta a que esta sobrevalorada espontaneidad sería más bien un atributo de la temprana juventud y de los primeros tiempos de vida de una pareja, afirmando que el mejor sexo en pareja es aquel premeditado, voluntario e intencional³⁸. Fuera de que es difícil que los dos sientan deseo al mismo tiempo, dada la vorágine de la vida actual vemos cómo la mayoría de las parejas a gusto con su vida sexual son aquellas que suelen practicarla en los mismos días y casi a las mismas horas. Con esto estamos apelando a la capacidad de (auto)provocar(nos) el deseo receptivo. De la misma forma, nosotros propiciamos que si ambos están satisfechos, no intenten modificar su «sistema», ya que las posibilidades de innovación para huir de la monotonía son finitas y acotadas, por lo que suelen agotarse rápidamente en la vida real.

CAPÍTULO XIII

El sexo con amor

El sexo sin amor es muy poco, y el amor
sin sexo también es muy poco.

MARILYN MONROE

Debido a la pérdida del deseo sexual de Emilio, él y Carola ya se habían separado dos veces antes de consultar. Él no entendía por qué deseaba a Carola solamente en esos períodos en que estaban separados y como tras cada reencontro él se mostraba tan pasional, decidían volver a vivir juntos. Pero al corto tiempo él perdía las ganas nuevamente y la historia volvía a comenzar. Según el primer sexólogo al que acudieron, lo mejor era terminar el matrimonio porque la causa del problema de Emilio tenía que ser que se le había acabado el amor. Pero no quedaron conformes. Él estaba seguro de su amor por Carola, y pidieron una nueva opinión.

Hoy ya no consideran el divorcio como una salida, al menos en el corto plazo, ya que Carola quedó embarazada tras la última reconciliación y porque Emilio insiste en que está dispuesto a hacer todos los esfuerzos necesarios para solucionar su problema.

¿Cómo se relacionan realmente el amor y la pasión? ¿Culmina la pasión siempre en amor? ¿Garantiza el estar enamorados el poder mantener la pasión? ¿Son el amor y el deseo requisitos para que nuestro cuerpo funcione bien? Estas son algunas de las muchas preguntas que nos podemos hacer cuando algo no está funcionando bien. Pero hay más: ¿significa que no hay deseo si no se alcanza la erección o la lubricación? Si nuestra vida sexual es activa, ¿implica esto que nuestra relación de pareja está bien? ¿Puede funcionar una relación de pareja si no hay pasión? ¿Es real un amor donde no existe deseo sexual? ¿Se puede amar a una persona y desear a otra, o amar a dos personas a la vez?

Cuando el hombre acude a una sesión individual, una de las primeras dudas que nos formula es si la falta de deseo sexual por su pareja significa que ya no la ama, especialmente si experimenta ganas estando solo o, peor aún, delante de otras mujeres. En este contexto de «crisis», la persona que no es deseada generalmente cree que el amor sin deseo ni pasión no puede ser amor. Y no estamos hablando aquí de relaciones que nunca tuvieron «química», sino de parejas que vivieron una gran pasión al principio, pero que luego ella desapareció con el pasar del tiempo. Más difícil aún es comprender el creciente aumento de parejas jóvenes y sanas que se aman, se respetan, anhelan tener hijos, pero que no tienen sexo hace meses o años. ¿Es esto de verdad amor?

La intrincada relación entre sexo y amor

La relación entre la pasión sexual y el amor romántico siempre ha despertado un gran interés y ha estado presente de una forma u otra en mitos antiguos, obras literarias, en la filosofía, historia, psicología clínica, sexología y, más recientemente, en

la neurociencia. Y hoy sabemos, gracias a la suma conjugada de todos estos saberes, que existen muchas combinaciones posibles de vivir el sexo y el amor: desde sexo sin amor hasta amor sin sexo, con una infinita gama entre medio¹.

Por ejemplo, todos ya sabemos que la pasión sexual puede perfectamente darse, tanto en hombres como en mujeres, con o sin amor. Cuando es sin amor, eso sí, algunos se quejan de una sensación posterior de vacío. Ello se explica en tanto la sexualidad humana es un fenómeno muy complejo que no representa un fin en sí mismo, sino que va mucho más allá de los orgasmos alcanzados, siendo parte de una trama más amplia y urdida por cientos de hilos de distinto origen. En las últimas décadas, la práctica de sexo sin amor ha aumentado considerablemente en ambos géneros y en la consulta somos testigos de los múltiples mecanismos a los que recurre la gente para disociar el amor del sexo, como los amigos con ventaja y los llamados «Touch & Go». No dudamos, pues, de la existencia del sexo sin amor, pero ¿es posible el amor sin sexo?

Los casos que nos interesan acá son los de aquellas parejas que desean tener una vida sexual plena, mas no son capaces de conseguirlo y que, como afirma Alicia Gallotti, rebosan las consultas de psicólogos y sexólogos². Nosotros podemos dar fe de tal afirmación, añadiendo otra complejidad al cuadro: los propios pacientes reconocen a su pareja como alguien muy deseable, pero no logran sentir deseo sexual por ella.

Una de las primeras tendencias que nos ha tocado ver es que, contrario a lo que se pueda pensar, el «sexo con amor» parece despertar mucho miedo y ciertos casos de disfunción sexual estarían asociados a este componente de entrega, en especial cuando se está enamorado, tal como ya les comentamos. Desde la mirada del psicoanálisis, Stephen Mitchell explica que nos es emocionalmente muy amenazante desear a la misma persona en quien buscamos seguridad y comprensión,

porque podemos perder a ese otro que es tan importante para nuestra vida³. O como bien dice Esther Perel, dicha falta de deseo puede ser una respuesta defensiva ante un exceso de cercanía⁴. Extraño, ¿no? Según la autora, para que emerja el deseo hay que construir un espacio erótico con nuestra pareja, el que requiere de cierta cercanía y confianza, mas también de una distancia óptima. Sin embargo, no es fácil establecer dicho espacio, ya que ese delicado equilibrio entre cercanía y distancia varía de una persona a otra, como también varía de acuerdo al contexto relacional del momento.

Pero, por otra parte, no debemos engañarnos y creer que una adecuada intimidad emocional garantizará una vida sexual satisfactoria, pues dicha intimidad puede llevar a algunos a decantarse más en una gran amistad que en definirse como pareja. Entonces, «muchacha» cercanía emocional puede generar un efecto contrario, ya que inconscientemente se pueden confundir los límites de *quién soy yo y quién mi pareja*. Hay veces en que se introduce inconscientemente a un «tercero» (como hijos, trabajo, deportes, etcétera) con el fin de paliar esa «excesiva» intimidad⁵.

Asimismo, debemos tener en mente que cuando hablamos de amor romántico incluimos tanto una sensación de atracción física como una valoración positiva respecto de una determinada persona, mientras que al hablar de apetencia sexual nos referimos a una experiencia parcial enfocada prácticamente solo en dicha atracción. Es decir, la compleja naturaleza del amor requiere de un involucramiento personal mucho más profundo que el implicado en la simple libido⁶. Es por esto que el amor no puede ser descartado prontamente como si fuera un sentimiento efímero que manejamos a nuestro antojo. Además, la línea que separa el amor romántico de la pasión es relativamente delgada, puesto que esta última sería un importante componente del primero, sin que por ello el deseo sexual deba estar presente.

De acuerdo con nuestra experiencia, podemos concluir que la falta de deseo hacia la pareja no significa en absoluto que se haya dejado de amarla, sino que, justamente por estar enamorados, las emociones son más intensas, y como muchas veces los conflictos no se enfrentan, van quedando soterrados y ellos impiden que la persona experimente la sensación de ganas más allá de si hay erección o lubricación.

Sobre esto, Kaplan planteó que las emociones eran precisamente los agentes decisivos en el deseo sexual por la pareja. Es decir, las emociones negativas pueden convertirse en los mecanismos inhibitorios del «querer» o no tener sexo⁷. Años después, Serge Stoléru y su equipo pudieron confirmar experimentalmente que el encapsulamiento de estas emociones era lo primordial en el origen del DSH en varones⁸. Entonces, cuando se ama mucho, cuando nos importa realmente nuestra pareja y cuanto mayor sean las expectativas que hemos puesto en nuestra unión, es cuando justamente es mayor el miedo a fracasar en nuestro desempeño sexual y, al fin de cuentas, llegar a perder a la persona amada. Igualmente, la rabia hacia nuestra pareja suele ser mayor cuando la amamos. Así, no resulta tan extraño el que podamos amar sin desear o que no tengamos sexo con quien amamos, ya que serían esas intensas emociones negativas las que nos juegan una mala pasada, afectando nuestra motivación. En resumen, el amor sería la variable interviniente entre la apetencia general de sexo (que permanece normal) y el deseo sexual selectivo por ella (que se torna hipoactivo).

Debemos aclarar que existen ciertas diferencias precisas entre atracción, deseo, excitación sexual y amor romántico. Porque si bien comúnmente se transponen, fluyen al unísono y se suelen comportar de manera interrelacionada, no por esto son procesos que funcionen siempre unidos, y mientras algunas regiones se activan otras se desactivan.

Es decir, los circuitos cerebrales implicados son, hasta cierto punto, diferentes e independientes, con lo cual podemos, por ejemplo, amar a alguien sin desearlo o desearlo sin que podamos excitarnos físicamente⁹.

Es así como se ha comprobado que al mostrarle a una persona la foto del ser amado, las áreas cerebrales que se activan se superponen solo parcialmente a aquellas áreas específicas de la apetencia sexual, descubriendo, de paso, que especialmente en el caso de los hombres, los circuitos relacionados con el amor participan menos en los procesos de excitación sexual.

También es importante saber que mientras la apetencia y la excitación sexual están más relacionadas con la reproducción, el amor romántico lo está con el compromiso, gracias a la liberación de oxitocina (asociada a la generación de apego a alguien determinado). Por lo tanto, nos encontramos frente a procesos distintos, que involucran circuitos cerebrales diferentes, los que son activados por sustancias químicas específicas. Entre estas, sería a través de la dopamina (DA) que se establece la unión sexo-amor. En otras palabras, cuando estamos sexualmente excitados, se incrementa nuestro nivel de DA, liberándose en grandes cantidades al momento del orgasmo.

La dopamina, entonces, es la que dispara nuestro sistema de recompensa debido a la gratificación producto de haber tenido orgasmos con una determinada persona y dicha información es comunicada al resto del cerebro, lo que nos induciría a volver a buscar a esa misma pareja sexual en pos de obtener otra vez dichos momentos de placer. Así, las repetidas experiencias sexuales placenteras conducirán de forma gradual a que se condicione positivamente el placer con esa persona en particular, hasta que nuestro cerebro la identifique como aquella a la que deseamos. Sería así, por tanto, como los circuitos del amor se entrelazan con los del sexo.

Pero el panorama se complica al no existir límites precisos en el plano emocional entre el amor romántico y el deseo sexual, ya que, aun cuando se activan núcleos neuronales comunes a ambos, también se activan otros que son específicos. Como ejemplo, tanto en el enamoramiento como en la sensación de deseo sexual se activan áreas del cerebro claves para los procesos emocionales y motivacionales asociados a la obtención de algún beneficio¹⁰. En este sentido, al relacionarse el amor a la motivación de alcanzar un cierto objetivo, pueden originarse emociones de euforia y/o ansiedad que repercutan en nuestro rendimiento y apetencia.

Luego, al hablar de diferencias de índole emocional debemos hacer hincapié en que la atracción sexual, aunque contiene importantes procesos motivacionales, consiste en una emoción bastante típica que es mucho menos compleja que el enamoramiento. Sobre esto, Stephanie Ortigue ha afirmado que el amor es más que una emoción básica, como muchos creían, ya que incluye variadas emociones y funciones cognitivas altamente complejas, relacionadas con la motivación dirigida hacia un objetivo y hacia el formar pareja, como serían las cogniciones sociales y la autorrepresentación de la imagen corporal¹¹. Es decir, el amor es más que una emoción, ya que si bien es una motivación fisiológica capaz de activar un conjunto de estructuras cerebrales, también involucra diversos estados emocionales que obedecen a las leyes esenciales del aprendizaje. En resumen, el amor no nace, sino que se hace y se construye a través del tiempo y por esto el amor romántico es más poderoso que la atracción sexual. Quizá por lo mismo el terminar una relación basada en el amor es más doloroso que romper una aventura sexual, y es menos perturbador el descubrir un engaño solamente sexual que uno que haya tenido sentimientos implicados.

Entonces, entendiendo que aunque el deseo sexual es un componente importante del amor romántico, no son equivalentes y aun cuando el deseo sexual puede darse sin amor, la mayoría de los especialistas opina que es preferible combinar ambos, ya que el sexo se gozaría más cuando se está enamorado¹². Nosotros también creemos que una vida de sexo sin amor supone un vacío en nuestra existencia psíquica, en tanto que la unión de sexo con amor forma parte del camino hacia el desarrollo humano en el ámbito de la pareja.

En conclusión, las distinciones observadas entre el deseo sexual y el amor también pueden explicarse según qué zonas se activan en cada caso en nuestro cerebro. Así, mientras la pasión estaría controlada por el «cerebro sexual», el amor respondería al «cerebro del amor».

El «cerebro del amor»

Como les mencionamos anteriormente, el «cerebro sexual» ha sido profusamente investigado. Sin embargo, las estructuras neuronales implicadas en el sentimiento del amor, por su parte, son un campo de estudio reciente. Y esto no es algo que deba sorprendernos, ya que intentar explicar el amor desde la biología reviste una gran dificultad, ora por los múltiples significados del concepto en sí, ora porque a diferencia de otras emociones «más concretas» como el miedo o el placer, los sentimientos amorosos constituyen fenómenos altamente complejos y abstractos que involucran áreas cerebrales más amplias¹³.

Desde la perspectiva darwiniana, el amor consiste en un estado evolucionado del instinto primitivo de conservación individual y de la especie, el cual hizo posible que los seres humanos se reprodujesen y unieran ante las amenazas del medio. Pero, a partir de la década del noventa, diversas disciplinas

comenzaron a investigar el amor¹⁴. Estas han encontrado relevantes correlaciones entre los niveles de ciertas hormonas y las distintas fases de los estados amorosos (como la atracción sexual, el enamoramiento y el amor sexual maduro)¹⁵. Es gracias a esto, por ejemplo, que hoy sabemos que el sentimiento amoroso es producto de la actividad cerebral mediada por sustancias químicas y por la actividad eléctrica, y que presentan características muy similares a otros fenómenos bioquímicos y moleculares.

No mucho tiempo atrás, Ortigue revisó una gran parte del corpus de investigaciones en torno al amor y realizó resonancias magnéticas a personas que se declaraban enamoradas. Los resultados de su metaanálisis apuntan a que, fuera de las estructuras dopaminérgicas subcorticales tradicionales involucradas en el sistema de recompensa, tienen un rol preponderante diversas redes corticales y factores cognitivos muy complejos. Pero luego, gracias a los estudios comparativos de la actividad cerebral en el deseo sexual versus en el amor realizados por Stephanie Cacciopo, se llegó a la conclusión de que serían dos las estructuras involucradas en ambos fenómenos: la ínsula y el núcleo estriado¹⁶. ¿Qué significa esto? Que debido a que el deseo sexual tiene un objetivo muy específico, la zona cerebral que se activa es más circunscrita y la misma que corresponde a otras fuentes de placer, como la ingesta de comida. Por el contrario, debido a la complejidad y abstracción de los sentimientos amorosos, las áreas activadas son más amplias y menos dependientes de la presencia física del ser amado. Y aun cuando se enciendan también con el deseo sexual, solo funcionan cuando existe un «valor inherente» que las active. Es decir, si bien el deseo sexual y los sentimientos de amor constituyen procesos separados que se originan en distintos núcleos cerebrales, no son completamente autónomos unos de otros, sino que están anatómicamente vinculados entre ellos.

Haciéndolo más gráfico aún: el amor romántico funcionaría en nuestro cerebro de manera similar a las adicciones, ya que la región del núcleo estriado que se activa con los sentimientos amorosos es el mismo que ante las drogas. Vale decir, el amor se va forjando como un hábito gracias al deseo sexual y sería el sentimiento el que recompensa dicho deseo. Entonces, los que por siglos creyeron que el cerebro destinaba zonas específicas a cada función, hoy saben que es la interacción orquestada de las áreas la responsable. Y por esto, debido a la estrecha relación entre amor romántico y deseo sexual, no podemos considerar el sexo en términos tan poco románticos, valga la redundancia, como lo hacemos con otros impulsos tales como el hambre o la sed.

Lo que sabemos, eso sí, es que en cada etapa de la relación de pareja nos vemos confrontados a diferentes desafíos emocionales. En efecto, la emoción del amor lleva enlazada diversas experiencias, desde aquellas gozosas hasta esas dolorosas, las que, en el amplio espectro, son todas fisiológicamente excitantes e interfieren, ya sea positiva o negativamente, en la calidad de vida y salud de quienes las «sufren».

Al respecto, John Gottman, entre otros autores, comparó a parejas que se decían felices con otras disfuncionales¹⁷. Y mientras las primeras realizaban intercambios positivos como sonreír, asentir y tener contacto ocular, las segundas generaban modelos negativos de interacción: intentaban influenciarse mediante quejas y castigos, sonrisas despreciativas, llantos y tensión. Nosotros hemos visto en nuestros pacientes cómo la relación de pareja puede vivirse desde una aparente tranquilidad, donde las expresiones negativas tienden a ser evitadas, negadas o enterradas en el inconsciente, pero soterradamente la pena y/o la rabia igualmente los afecta, muchas veces a través de su cuerpo y su sexualidad.

Deseo versus excitación sexual

Es importante en este punto que tengan claro que el deseo sexual y la excitación sexual no son lo mismo ni necesariamente funcionan coordinados¹⁸. Por ejemplo, es perfectamente posible que puedan sentir apetencia de sexo sin que emerjan los signos fisiológicos de la excitación (lubricación, erección), o que aparezcan estas respuestas corporales sin que se sienta la sensación subjetiva de ganas, como le ocurre a algunos de los hombres que sufren de DSH selectivo.

Esto se debe a que la fase del deseo y la fase de excitación de la Respuesta Sexual Humana son procesos neurofisiológicos independientes que, en condiciones normales, actúan en sinergia pero que, en ciertos casos, no existe congruencia entre la experiencia subjetiva de las ganas que conforman el deseo sexual y la respuesta sexual manifiesta de la excitación.

La sede del deseo sexual es el cerebro y la de la excitación los genitales, y mientras en el primero toma parte una experiencia subjetiva asociada a un contexto (por lo que puede desconectarse fácilmente del mecanismo neurológico), en la segunda es una respuesta fisiológica que implica manifestaciones físicas. Por esto, como dijimos, es posible que ocurra (en ambos géneros, pero predominantemente en hombres con disfunción eréctil) una discrepancia entre la sensación subjetiva de excitación y la respuesta fisiológica. Y muchas veces, los hombres aquejados por este problema confunden la ausencia de erección con la falta de deseo, creyendo que siempre que haya apetencia sexual habría de producirse automáticamente la erección. Pero no es así. La mayoría supone que el deseo sexual ha de sentirse antes de la respuesta eréctil, posibilitando así que esta surja, y cuando no ocurre de esta forma, se desconciertan. Asumen que para iniciar una relación sexual deben sentir primero esa sensación de deseo, incluso sin que

hayan existido estímulos eróticos desencadenantes, pero, repetimos, es muy posible que la erección se produzca previamente gracias a una adecuada estimulación y que solo después de esto se vivencie el deseo.

Cerrando el capítulo, diremos que la excitación sexual es una experiencia emocional de índole primitiva y automática, y la apetencia sexual (en especial el deseo selectivo por una persona determinada) una vivencia cercana a emociones más elaboradas y más próxima a lo motivacional. Y tal como lo plantearon Stoléru y Mouras, tanto la excitación como el deseo sexual en los seres humanos se caracterizan por ser respuestas emocionales y procesos motivacionales, donde la excitación sería emocional y la percepción consciente del deseo sexual algo propio del sistema motivacional al ser la parte final de un proceso mayor.

CAPÍTULO XIV

Deseo sexual como motivación y el rol del estrés emocional

Solo hay un principio motriz: el deseo.

ARISTÓTELES

Rodrigo y Pilar llevan cuatro años casados y tienen un hijo de dos años. Ambos son profesionales exitosos. Consultan porque llevan seis meses sin tener contacto sexual alguno. Nos dicen que la frecuencia en el sexo se hizo cada vez menor a partir del octavo mes de pololeo, agregando que todos los demás aspectos de su vida en pareja están en orden. «Mis papás adoran a Pilar, tenemos gustos parecidos, viajamos...», nos está contando Rodrigo cuando su mujer lo interrumpe: «Está todo perfecto, salvo el problema de Rodrigo».

En las sesiones individuales, Rodrigo asegura no tener dificultades de erección ni de eyaculación, se masturba regularmente, no está estresado ni resentido con Pilar y tampoco teme no poder funcionar bien sexualmente. Ama a su pareja y la encuentra muy atractiva. Simplemente no logra sentir ganas, por más que quiera volver a desearla. Hilando más fino, eso sí, reconoce que ella es un poquito critica,

de carácter fuerte, y como «yo soy tranquilo y no me gusta pelear, cedo, pero solo en lo que no es importante».

El querer es una motivación consciente muy distinta al tener ganas, que es una sensación físico-emocional subjetiva. Por esto, puede ocurrir que nuestro corazón (sentimientos) y nuestra cabeza (pensamientos conscientes) nos incentiven a querer sentir deseo por nuestra pareja, pero que nuestro cuerpo sea incapaz de sentir las ganas, por más motivados que estemos. Y esto porque la cantidad de variables que están en juego son casi infinitas, estableciéndose un diálogo interno ambivalente o incluso contradictorio entre ellas en torno a lo que, muy en el fondo, se desea y lo que no se desea. Las más comunes son: contexto general de pareja, situación concreta del momento, estado anímico, emociones soterradas, valores, creencias, etcétera, que veremos a lo largo del capítulo.

Emoción y motivación

Es bastante fácil confundir los procesos emocionales con los de la motivación. De partida, ambas palabras provienen de la misma raíz latina, *movere* (mover), y las dos influyen en nuestra conducta otorgándole energía y dirección. Si son tan similares, pues, debemos hurgar en sus diferencias para dibujar el camino propio a cada una de ellas.

El prefijo «e» en emoción indica un moverse *hacia afuera*, una inclinación a actuar. En palabras de John Searle, las emociones son «esas sensaciones o contenidos intencionales que nos conmueven» y se trataría, entonces, de estados de alteración afectiva que nos alientan ya sea a acercarnos o alejarnos¹. Según el autor, el que todavía no contemos con una teoría unificada de las emociones se debe, en parte, a que aún falta

una definición clara de lo que es una emoción, ya que los especialistas la redefinen para ajustarla a su teoría, como suele suceder en diversos campos científicos.

Asimismo, el concepto de motivación también se moldea según la teoría de quien la utiliza. Por lo general se la usa para referirse a una gama amplia de fuerzas —instintos, impulsos, necesidades, deseos y anhelos— que nos dan la energía de inicio, el «motor de partida», pero que luego dirigen y sustentan la conducta.

Las fuentes de la motivación emanan de todas aquellas fuerzas capaces de estimular, mantener y dirigir nuestra conducta hacia una meta. Es decir, algo nos ocurre internamente que nos mueve a comportarnos de una cierta manera y no de otra. Así, como dice Joshua Green y Jonathan Cohen, el *motivo* sería aquella decisión que nos provoca el menor mal y nos produce el mayor placer, entroncando nuevamente con el sistema de recompensa cerebral².

En resumen, la motivación sería la fuerza que activa y dirige el comportamiento hacia un fin determinado y las emociones serían nuestras respuestas subjetivas al ambiente, donde las reacciones neuronales y hormonales nos entregan la energía que nos mueve³. En otras palabras, mientras los impulsos motivacionales nos dirigen hacia metas más específicas, las emociones poseen propiedades de incentivo más generales. De todas formas, aún no existe un modelo teórico que explique en forma precisa cómo se influyen estos dos fenómenos.

A nuestro parecer, una de las teorías más acabadas es la planteada por Ross Buck, con un modelo que representa los procesos motivacionales y emocionales como las dos caras de una misma moneda. La emoción representaría el lado perceptual y la motivación el de la acción, con lo cual «contextualiza» un estado emocional primario⁴. Así, la forma en que nos sentimos emocionalmente en una situación determinada es

el elemento clave, el gatillo de la motivación. Por ejemplo, el miedo nos dispone a comportarnos de cierta forma, dirigiéndonos hacia la meta-motivo de escapar. Con esto, el concepto de inteligencia emocional ilustraría la eficiente interacción entre emociones y motivaciones, ya que según Daniel Goleman, gran parte de nuestra motivación en distintas áreas de la vida, se basa en estímulos emocionales⁵.

Por su parte, el neurobiólogo Antonio Damasio plantea que cuerpo, cerebro y mente son todas manifestaciones de un único organismo y que son inseparables en circunstancias de funcionamiento normal⁶. Así, el cuerpo no sería una máquina al servicio del cerebro ni nuestras emociones simples herramientas al servicio de nuestra sobrevivencia y reproducción, sino manifestaciones indispensables para la razón y para la adecuada toma de decisiones.

Si aplicamos estas ideas al ámbito sexual, vemos que desde hace mucho tiempo los especialistas han relacionado las emociones con el funcionamiento sexual, pero no con el deseo. En efecto, es relativamente reciente la tendencia a categorizar no solo la apetencia sino también el impulso sexual, el placer, el romanticismo e incluso el amor como formas de experiencias emocionales positivas⁷. Es más, como dice Javier de la Torre, podemos aplicar el término emoción al deseo sexual sin ninguna fricción, entendiéndolo como un tipo de experiencia emocional más que cambia nuestra fisiología, expresión corporal, cogniciones y nos prepara para la acción⁸. Más específicamente, si las emociones son inestables, intensas y breves, el deseo sexual posee estas mismas características⁹.

Pero en cuanto emoción, el deseo sexual no consiste simplemente en una liberación de hormonas ni en una interpretación de nuestras sensaciones fisiológicas vasocongestivas. Tampoco en una mera activación neuronal, sino más bien se trata de una compleja vivencia subjetiva que, de una u otra

forma, construye nuestra mente mediante la interacción continua entre factores de diversos orígenes, los que se enlazan con la motivación y la participación de zonas cerebrales superiores. Entonces, al ser la motivación la que «contextualiza» nuestros estados emocionales, esta es la fuerza que nos dirige hacia una dirección, una meta, entendiendo de mejor forma aquello de que los procesos motivacionales y emocionales son las dos caras de una misma moneda. Por lo mismo, hoy se tiende a redefinir el deseo sexual como un estado motivacional controlado por procesos neurofisiológicos específicos, distintos los unos de los otros, pero tan intrínsecamente relacionados, que son inseparables dentro de un funcionamiento normal. Es por esto que cuando los pacientes dicen querer pero no tener ganas, hacen una diferenciación que en realidad no existe.

Así, para comprender los mecanismos mediante los cuales los estados emocionales afectan nuestro funcionamiento sexual, debemos adentrarnos en las emociones como una forma de estrés.

El estrés y el deseo sexual

La humanidad vive en un constante estado de estrés
que tiende invariablemente al infinito.

LEONARDO JIMÉNEZ

Pedro y Susana, casados hace ocho años y con dos hijos pequeños, trabajan largas jornadas, repartiéndose los quehaceres domésticos. Pagan un alto dividendo por la propiedad que se compraron y, sumado a la mala relación con su jefe, Pedro vive angustiado por la posibilidad de perder

su trabajo. Nos confiesa que él no quería una casa tan cara pero, conociendo el carácter de su señora, prefirió evitarse conflictos. Su primer síntoma fueron ocasionales problemas de erección que lo llevaron hasta perder el deseo incluso de masturbarse. Llegó a consultar tras varios meses sin actividad sexual alguna, con solo una convicción: «Tengo erecciones matinales y poluciones nocturnas, así que sé que lo mío es psicológico, no biológico».

Intentando encontrar una razón a lo que les pasa, las personas con inapetencia sexual generalmente la atribuyen al cansancio y tensiones de la vida cotidiana, situación muy común entre aquellos que rondan los 30 y 40 años. Pero la mayoría de los jóvenes aquejados de DSH no tienen grandes preocupaciones financieras ni laborales, todavía no tienen hijos, hacen deporte y tienen tiempo para el carrete los fines de semana. Es cierto que muchos son muy ambiciosos y trabajan más horas de las necesarias, pero aun así están lejos de cumplir los criterios diagnósticos de un trastorno de estrés general. La respuesta, pues, debemos buscarla en otros ámbitos.

Hoy, en pleno siglo XXI, todos sabemos que el estrés, la pena y la depresión interfieren en nuestra sexualidad, pero pocos sopesan los efectos de las emociones en el funcionamiento sexual, en especial de las emociones básicas o primitivas, como el miedo o la rabia. Y aunque no seamos conscientes de ellos, cuando estos estados emocionales negativos son muy intensos o se han acumulado en el tiempo, disminuyen o inhiben nuestro frágil deseo sexual, al igual como lo hace la tensión aguda o crónica propiamente tal.

Tradicionalmente, el estrés ha sido definido como una respuesta defensiva no específica de nuestro Sistema Nervioso Central (SNC), la que se activa ante fuerzas externas o internas que percibimos como amenazas para nuestra homeostasis

o equilibrio físico-emocional¹⁰. Así, dentro de la respuesta de estrés podemos distinguir dos etapas en las que se liberan hormonas: una inmediata (reacción de alarma en respuesta a una demanda urgente en la cual se libera adrenalina) y otra más tardía, lenta y continua (reacción córtico-suprarrenal, en la cual se libera cortisol), que tienen un rol muy importante en el deseo sexual.

Ante cualquier demanda, sea agradable o no, sea un beso con pasión o el temor a ser abandonados, se produce una reacción biológica de estrés. Por lo mismo, cuando estas demandas son intensas y/o prolongadas, se convierten en excesivas, superando nuestra capacidad de resistencia y de adaptación. Por esto, cuando notamos que nuestros recursos se desbordarán y nuestro bienestar está en duda, nuestro cuerpo reacciona automáticamente frente a la amenaza (real o no), incrementando las demandas sobre nuestro organismo a fin de movilizar los recursos orgánicos que necesitaremos. En otras palabras, el estrés es una reacción natural de adaptación psicofisiológica vital para nuestra sobrevivencia frente a algún indicio funesto. Entre estos, son más potentes los de naturaleza psicológica, aquellos que nos afectan día a día y que autogeneramos al anticipar especulativamente frustraciones o supuestos peligros, y que probablemente sean más bien amenazas simbólicas a nuestra dignidad personal.

Actualmente existe consenso en que la evaluación cognitiva hecha por cada uno sobre una determinada situación percibida como riesgosa inevitablemente influirá en nuestra reacción. Cuando percibimos una amenaza, generamos una reacción emocional desagradable, al margen de que el peligro sea real o imaginado. Así, el miedo a un daño físico provoca la misma reacción bioquímica que el temor a un daño psíquico. «El cerebro nos engaña», dice Francisco Rubia, y nos hace creer que hay un riesgo donde no lo hay¹¹. Si lográsemos, por

ejemplo, convencer a nuestra corteza prefrontal de que su anticipación catastrófica es absurda, la angustia cedería, porque nuestros pensamientos sí afectan al cerebro y determinan de esta forma nuestras emociones. En la práctica, entonces, una emoción negativa es un estrés que estimula al Sistema Nervioso Simpático (SNS) y a las glándulas suprarrenales para que liberen adrenalina (ADR) y noradrenalina (NOR), entre otras, preparando a nuestro organismo para la lucha o huida. Y las emociones, al igual que el estrés, pueden llevar a cabo funciones de emergencia a través de mecanismos fisiológicos, influyendo en la conducta motora amén de cumplir un rol fundamental al entregarnos información muy valiosa no solo para nuestra sobrevivencia física, sino también para los procesos de definición de nuestra identidad¹².

No obstante esto, el estrés general y las emociones negativas específicas no son exactamente lo mismo. Aunque si hilamos fino, bioquímicamente hablando las emociones desagradables serían una suerte de estrés que actúa como señal de alarma, la cual influye en el hipotálamo y, por ende, en la organización emocional de nuestro sistema límbico. Es decir, por un lado, el estrés provoca reacciones o estados emocionales y, por otro, nuestro organismo vive las emociones y sentimientos negativos como estados estresantes. Para el budismo, si no somos capaces de soltar las emociones negativas y nos *apegamos* a ellas, se van acumulando y generando estrés emocional¹³. Dicho de otro modo, cualquier emoción que no puede ser liberada ocasiona estrés, llevando a ciertos especialistas a reunir ambas variantes bajo solo un marco teórico: estrés emocional. Para LeDoux el estrés emocional es útil por definición, ya que «si vivimos momentos de estrés, no es solo para sentirnos angustiados, sino que este fenómeno sirve para protegernos en las situaciones peligrosas. Solo cuando es excesivo y constante el sistema comienza a derrumbarse y entonces sufrimos»¹⁴.

El estrés como señal de alarma

El estrés actúa como un sistema de alarma que nos deja en un estado de alerta general y de inquietud, pero predispuestos a la acción. Una vez superada la tensión, si dicho estrés no alcanzó niveles excesivos, nuestro cuerpo vuelve a su equilibrio dinámico anterior. Sin embargo, estas reacciones fisiológicas defensivas no están diseñadas para actuar indefinidamente. Si lo hacen nos ocasionan serias consecuencias, ya que las situaciones estresantes muy intensas o crónicas, nos obligan a «forzar la maquinaria interna», alterando el funcionamiento de los neurotransmisores (NT) y dejándonos en un estado de alerta casi permanente. Es decir, si el estrés es moderado y de corto plazo, las reacciones adaptativas son funcionales; pero si los mecanismos neurohormonales defensivos actúan más tiempo del adecuado, poco a poco van disminuyendo los efectos positivos de la reactividad normal y de los NT que la activan. Y así, a medida que la tensión continúa, nuestros centros neuronales comienzan a recibir más mensajes depresores que estimulantes, y entran en un estado de sobreestrés que va desgastando las reservas del organismo, desestabilizando el equilibrio y disminuyendo nuestra capacidad inmunitaria (lo que propicia la aparición de síntomas). En otras palabras, el sobreestrés es un elemento fundamental en la aparición de numerosas afecciones psicosomáticas, entre las cuales podemos contar las disfunciones sexuales. Así, por ejemplo, al ponerse en marcha ciertos mecanismos neurohormonales defensivos, se dificulta el despertar o la mantención de nuestro deseo sexual. Esto se explica porque la libido es controlada por los mismos sistemas cerebrales que se activan en el estrés¹⁵, sea este de origen general o específicamente emocional, por lo que también están involucradas aquellas regiones que inhiben o afectan negativamente los mecanismos de la apetencia

y de la excitación sexual. Y si bien solo hasta cierto punto los procesos sexuales utilizan los mismos canales que el estrés, la coincidencia es lo suficientemente relevante como para que no puedan coexistir el deseo junto al estrés. O, mejor dicho, tanto las emociones negativas como el estrés general le ganan biológicamente a nuestras ganas de sexo, por lo que el DSH puede ser el resultado de una excitación deficiente, una inhibición excesiva o una combinación de ambas.

Si lo analizamos bioquímicamente, para que nuestro organismo se defienda de los factores estresantes y pueda volver a su estado de equilibrio, se tiene que producir una serie de alteraciones en el eje hipotalámico-pituitario-hipófiso-adrenal que son las que al final afectan negativamente nuestra sexualidad a través de distintos mecanismos: liberación de sustancias «frenadoras» de la respuesta sexual o alteración de los niveles de otras. En términos más concretos, en una primera etapa aumenta la liberación de catecolaminas y serotonina para restablecer la homeostasis se activa la acción relajadora de otras sustancias con propiedades analgésicas y sedantes.

Eventualmente, además, algunas hormonas pueden actuar bien potenciando o bien inhibiendo nuestra sexualidad; la diferencia radica en la cantidad liberada. Por ejemplo, la ADR en pequeñas cantidades aumenta la excitación, incrementa la sensibilidad de las zonas erógenas y, al favorecer la percepción de las señales emocionales, aumenta la motivación y confianza sexual. Pero en grandes cantidades, el deseo y la motivación desaparecen rápidamente (una reacción similar ocurre con la NOR). La DA, por su parte, que como vimos es un NT clave para nuestra vida afectivo-emocional y sexualidad (especialmente para la apetencia y motivación), en condiciones de alto estrés agudo decrece considerablemente su nivel en la sangre, generando una serie de consecuencias que alteran nuestra sexualidad, tales como no poder cumplir con su función de disminuir

la cantidad de prolactina (un potente inhibidor sexual) ni de las endorfinas (que provocan un decaimiento del apetito sexual), o haciendo decaer la producción de óxido nítrico (NO) y abriendo así la posibilidad a una disfunción eréctil.

En una segunda etapa de respuesta frente al estrés, entre otras sustancias liberamos prolactina (que en niveles altos hace perder el apetito sexual en hombres y mujeres, además de afectar los procesos de erección), vasopresina, oxitocina (en niveles bajos se asocia a la pérdida del deseo sexual y dificultad para llegar al orgasmo) y especialmente cortisol, considerado el principal mediador del mismo y uno de los mayores inhibidores de la respuesta sexual al bloquear la acción de la testosterona y disminuir la dopamina. Pero quizá lo más relevante es que el cortisol activa la producción de GABA, primordial neurotransmisor inhibitorio cerebral, que tiene un efecto frenador sobre la actividad sexual en su conjunto¹⁶.

Las emociones y su efecto en la sexualidad

A pesar de no haber una clasificación precisa, las emociones suelen dividirse en dos grandes grupos de acuerdo a su origen: primarias y secundarias¹⁷. Para nuestro tema, como podrán adivinar, nos interesan aquellas que son más primitivas.

Nosotros hemos optado por la distinción de cuatro emociones primarias, una positiva, la alegría, y tres negativas, tristeza, miedo y rabia, ya que fuera de ser pragmáticamente las más «útiles», en la consulta vemos cómo son estas las que aparecen con mayor frecuencia asociadas a la inapetencia sexual (además del estrés general).

Las emociones positivas son biológicamente distintas a las negativas, tanto en términos anatómicos como fisiológicos.

Al estudiarlas vemos, por ejemplo, cómo se produce una lateralización de los hemisferios cerebrales, en donde las positivas incrementan la actividad en las regiones izquierdas y las negativas en las derechas. Y es el hemisferio derecho, más intuitivo, creativo y subjetivo, el que se encarga de nuestra emocionalidad, pero también de lo abstracto, la orientación visual-espacial y la percepción del mundo en términos de color, forma y lugar, siendo la región en donde se ubican predominantemente los procesos excitatorios, se activa la apetencia sexual indiscriminada y el sentimiento de amor romántico.

El hemisferio izquierdo, por su parte, participa en los procesos orgásmicos, en el placer y en el sentimiento de amor maduro, donde por lo general se da el deseo sexual más selectivo.

Luego, de forma global, el funcionamiento bioquímico de las emociones es controlado por el sistema nervioso autónomo (SNA), el cual se compone de dos subsistemas: el sistema nervioso parasimpático (SNP) y el simpático (SNS), los cuales cumplen funciones antagónicas y provocan efectos contrarios. Mientras el SNP es un sistema de reposo que prioriza las funciones de relajación, peristálticas y secretoras, fomenta la vasodilatación y disminuye la frecuencia cardíaca, el SNS, por su parte, prepara nuestro cuerpo para la «reacción de estrés», que incluye una serie de alteraciones fisiológicas que acompañan a las emociones, como por ejemplo el aumento de la presión arterial en la rabia. O, dicho en términos más simples, el SNS se activa en los estados emocionales negativos y el SNP, en los positivos. Y como la división simpática y parasimpática del SNA funciona coordinadamente, tras un cuadro de estrés agudo en que se produce una gran activación del SNS, puede ocurrir un fenómeno de «rebote», sobreactivando el SNP y afectando así negativamente nuestra sexualidad.

Las emociones y su especificidad

Uno de los problemas por resolver en torno a las emociones es identificar qué emoción específica estamos sintiendo en un determinado momento, ya que emociones distintas emergen de los mismos patrones de reacción. Por ejemplo, sentir miedo ante un animal y sentir euforia por un viaje producen alteraciones muy parecidas. Así, al interrogar al detalle en la consulta sobre qué sienten ante la perspectiva de tener sexo con su pareja, algunos pacientes con DSH selectivo no logran saber si el aceleramiento cardíaco responde a una ansiada anticipación o derechamente al miedo.

Sin embargo, LeDoux sostiene que si bien algunas hormonas se liberan en todos los estados emocionales negativos (y por esto las reacciones similares), también hay otras que actúan específicamente en cada uno de ellos¹⁸. Es decir, en la base de cada emoción subyacen mecanismos distintivos que llevan a una manera particular de funcionamiento y que nos predisponen biológicamente a un cierto tipo de respuesta. No obstante, en la consulta hemos observado cómo los pacientes pueden confundir los estados emocionales que presentan perfiles neuroquímicos muy similares, como por ejemplo el miedo y la ansiedad, y, de este modo, en vez de identificar lo ansioso, creen sentirse invadidos por el miedo, temiendo no alcanzar una erección adecuada y evitando las situaciones sexuales.

Acerca de la funcionalidad de los estados emocionales, Esther Barberá planteó que nosotros percibimos el mundo, pensamos, construimos expectativas, actuamos e interactuamos con los demás movidos por las emociones¹⁹, con lo cual una parte sustancial de nuestra psique responde a la emocionalidad y a sus propiedades funcionales. Antonio Damasio, por su lado, agrega que las emociones forman parte de nuestra regulación homeostática y cumplen la función de evitar la pérdida de nuestra

integridad (al ser la interacción entre las emociones y el razonamiento lo que llamamos conciencia), permitiéndonos acceder a fuentes de energía y a nuestra propia sexualidad²⁰.

Concretamente, entonces, las emociones negativas, incluido el estrés, preparan bioquímicamente nuestro cuerpo para alguna forma de reacción defensiva, desencadenando respuestas físicas que implican una serie de cambios hormonales que nos permiten hacer frente rápida y eficazmente a lo que consideramos una amenaza.

Las emociones negativas

Hasta hace unos meses, Ximena mantenía una vida sexual regular con Ignacio. Pero «como no sentía nada», se comportaba de forma pasiva. Esto para Ignacio no tenía gracia y le preguntaba si él hacía algo mal, si no era feliz con su matrimonio o si debían pedir ayuda. Ante la negativa de Ximena, «cortó» las relaciones sexuales hasta que aceptara ir a terapia.

Al llegar a la consulta seis meses después, Ignacio estaba seguro de ser el culpable de que ella no tuviera ganas, pero no sabía cuál era esa culpa. Ximena casi no habló en la primera sesión. Una vez a solas, reconoció haber buscado posibles causas a su inapetencia, creyendo encontrarlas en el estrés de las nuevas responsabilidades de su trabajo. Pero tras un año en el cargo, todo seguía igual. «Hoy creo que puede ser su forma de ser; me molesta, es dominante y controlador.» Y luego preguntó: «¿Puede el resentimiento matar las ganas, a pesar de querer volver a pasarlo bien con él?».

Como ya vimos, para superar las situaciones adversas liberamos una serie de sustancias químicas, como en el caso de la tristeza, por ejemplo, el que está asociado a niveles deficitarios

de NOR, serotonina y DA, en donde, para superar la pena, el organismo enlentece nuestro metabolismo, lo que conduce a una disminución en los niveles de aquellas hormonas que favorecen el deseo y la excitación, como también al decrecimiento en los niveles de testosterona, progesterona, estrógenos y feniletilamina (FEA), al tiempo que se incrementa el cortisol y la prolactina, antagonistas sexuales directos.

De acuerdo con nuestra experiencia, podemos decir que son escasas las personas que consultan por déficit de apetencia sexual relacionado a la pena o la depresión, aun cuando sí hemos notado que aquellos hombres de temperamento melancólico son más propensos a sufrir un DSH (aunque la frustración también es una forma de rabia asociada a la tristeza, lo que sí hemos visto en algunos de nuestros pacientes).

En el caso del miedo, los niveles de ADR y NOR suben en exceso, haciendo decrecer el deseo y la motivación sexual, o pueden provocar impulsos agresivos, insomnio y desconcentración. Quizá para entenderlo mejor debemos remitirnos a las palabras de Juan Carlos Romi, cuando dice que el miedo es la emoción inhibitoria más importante de nuestra sexualidad²¹, ya que para aplacarlo nuestro organismo recurre al cortisol, la oxitocina y la serotonina.

Nosotros podemos decir que, la mayoría de las veces, aquellos hombres con problemas de deseo sexual asociado al miedo, en el fondo temen no lograr erecciones adecuadas, o eyacular demasiado pronto (o tardar mucho), o bien no ser capaces de satisfacer sexualmente a su pareja o que les critiquen su desempeño. Y así, temiendo fracasar, apagan inconscientemente su deseo sexual y eluden las situaciones que puedan encenderlo. Entonces, estos casos de DSHsr responden a una falta de motivación derivada de miedos específicos ante la perspectiva de tener sexo con la pareja (teniendo en cuenta que el miedo a un daño físico provoca la misma reacción

bioquímica que el temor a un dolor psíquico). Otro miedo común de estos pacientes es a la reacción emocional de su mujer frente a déficits en su desempeño sexual, sea este enojo, quejas o llanto.

En otros hombres puede existir también un temor inconsciente a la intimidad emocional. Hemos visto pacientes en que los problemas de deseo, erección e incluso eyaculación precoz cumplen indirectamente la función de evitar esos momentos de cercanía afectiva. La buena noticia nos llega en palabras de LeDoux: «De la misma manera en que podemos aprender a tener miedo, podemos aprender a controlar nuestros miedos. Es difícil, pero se logra»²². O también podríamos tomar conciencia de que, a veces, le damos demasiada importancia a nuestras emociones, siendo que no necesariamente nos hablan de «la realidad».

Por otro lado, tanto los circuitos cerebrales como las hormonas que utilizamos en nuestra respuesta sexual son los mismos que se activan en nuestras reacciones agresivas o cuando nos embarga un ánimo competitivo. Es decir, cuando nos embarga la emoción de la rabia. Es en este sentido, pues, que adquieren una gran importancia los problemas de poder ya retratados entre las parejas actuales, que ejemplificamos con un caso muy común.

Arnoldo y Viviana se casan en seis meses más. El novio acude solo y preocupado a la consulta debido a sus recientes fracasos sexuales, tanto de eyaculación precoz como de disfunción eréctil.

Sus problemas comenzaron con los preparativos de la boda. Enfrentados a tantas decisiones, surgieron un sinfín de desacuerdos. Él fue cediendo a muchos de ellos, porque «el matrimonio es más importante para las mujeres. Son solo detalles, al final. Y ella sabe que estoy aceptando cosas que

no quiero, pero está tan embalada con la preparación que parecen no importarle ni mis reticencias ni mis fracasos en la cama».

En la rabia o el resentimiento, además de NOR y el aumento en la liberación de cortisol, hay otras sustancias asociadas como el déficit de serotonina que pueden causar cuadros de ira y el incremento en los niveles de DA, lo que como ya dijimos puede llevar a una pérdida del deseo y de la motivación sexual. Sin embargo, ni todas las sensaciones de enojo ni todas las expresiones de rabia son iguales, ya que mientras unas se experimentan de forma consciente y se manifiestan abiertamente, otras son inconscientes y difíciles de identificar, como la «agresividad pasiva», que notamos con frecuencia en nuestros pacientes con DSHsr, o en el mismo caso de Arnoldo, ya descrito.

Así pues, cuando somos invadidos por el enojo, podemos optar por modos de reaccionar muy distintos. Uno sería la expresión abierta y directa que se puede exteriorizar asertiva o bien agresivamente (es decir, ataque verbal o físico), y el otro modo de manifestar nuestro enojo de una manera no asertiva consiste en agredir solapada e indirectamente, al recurrir a la resistencia pasiva. Como método defensivo, este último corresponde a la estrategia de huir, evitar y retirarse, presentándose mayormente frente a demandas que percibimos como inadecuadas o que han sido hechas por personas ante las cuales estamos inconscientemente resentidos. Los mecanismos más comunes de agresión pasiva serían: oposición, sabotear la relación, evasión ante conflictos, renuencia indirecta, aplazamientos, descuidos, lentitud, omisiones, falta de iniciativa, obstinación, fracasos e ineficiencias (entre los cuales pueden estar ciertas disfunciones sexuales).

Así, hay personas que le tienen miedo al conflicto y prefieren rehuir sin expresar su molestia ni poner límites apropiados. Otros han aprendido desde muy jóvenes a controlarse. Desde una mirada externa, el mantener la calma ante una provocación suele considerarse digno de admiración, pero cuando este silencio responde a un enojo no expresado (y que no libera la carga emocional), puede generar diversos problemas, ya que, en general, las emociones negativas no son gestionadas adecuadamente y se van acumulando, originando un malestar interior que posiblemente se acompañe de pensamientos negativos y rencor, pudiendo culminar en un bloqueo energético a nivel corporal, somatizaciones o depresión.

Muchas de estas alternativas de manifestación de la ira comparten el estar conscientes de nuestro estado emocional. Pero, en los casos de agresión pasiva bien puede haber represión y/o negación de dicha sensación, complicando el panorama de los jóvenes con DSHsr. En efecto, puede que no nos demos cuenta de que estamos afectados por la ira, el miedo o el estrés, manteniendo dichas emociones a nivel inconsciente, lo cual no obsta que se desencadenen igual reacciones biológicas tales como alzas o bajas de tensión, nerviosismo, temblores, etcétera. Porque, como el cerebro racional evolucionó con posterioridad al cerebro emocional, permite que muchos estímulos puedan afectarnos sin que lo percibamos de forma consciente y que, por lo tanto, no podamos evaluarlos mediante la razón²³.

Lo que hoy en día observamos repetidamente en la consulta es que los hombres jóvenes no están expresando su rabia como solían. Tal como lo hemos planteado insistentemente, estos hombres en transición parecen asociar la expresión directa de su rabia con esas conductas machistas típicas de antaño que han aprendido a despreciar, o bien temen los conflictos y los evitan, optando por recurrir, inconscientemente,

a maniobras pasivo-agresivas. Cuando esto último se ha generado en las dinámicas de una pareja en particular, ello puede afectar cualquiera de las fases de la RSH masculina. Repetimos que no nos referimos a aquellas situaciones en que el enojo se expresa abiertamente, sino a los rencores profundos que no se formularon en su momento y que se han ido acumulando como estrés emocional sin que los varones se dieran plena cuenta de ello.

Muchas veces, nuestros pacientes con DSHsr no están enfadados con su mujer ni tampoco imaginan que sus problemas sexuales puedan ser una forma involuntaria e inconsciente de castigarla. En palabras de Gerald Weeks y Jeffrey Winters, al ir almacenando agravios, los hombres con el tiempo pierden el control sobre esa cólera latente que dejó de ser consciente y lo único que sienten es que no quieren tener sexo con su pareja. Es decir, el estar crónicamente resentido «mata la libido»²⁴ (años atrás, Scott Wetzler ya había planteado que la abstinencia sexual era una de las formas indirectas de venganza que utilizan aquellos hombres que él llamo pasivo-agresivos²⁵).

Al parecer, si antes la ausencia de deseo sexual en las mujeres se asociaba a conflictos de subordinación, hoy son los hombres quienes se sienten con menos poder y quienes más sufren de DSH selectivo. Asimismo, si antes eran ellos los que tomaban la iniciativa sexual y se sentían manipulados por la negativa de ellas, en la actualidad —como ya lo hemos planteado antes— el sexo es aparentemente más importante para las mujeres, quienes se quejan de que ellos las castigan negándoles el sexo.

Entre nuestros pacientes, los motivos más comunes de acumulación de rabia son la crítica constante, el ser regañados, ser tratados como si fueran niños, ser comparados, no sentirse valorados ni lo suficientemente amados, que les griten y los traten mal (al punto de decir, como hizo un paciente, *sufro de*

abuso emocional). Esto nos demuestra lo que hoy en día afirman tanto hombres como mujeres con DSH: que su deseo sexual se ve afectado por su estado emocional, porque todo lo negativo que sucede en la cotidianidad de la pareja reverbera en la relación, como las peleas, exigencias, expectativas, caras largas, distanciamientos, etcétera.

Según nuestra experiencia, los casos en los cuales la emoción de la rabia es la determinante en el DSHsr, la mayoría de las veces responde a hombres de estilo resistente pasivo-agresivo, tendencia que pareciera darse más en los temperamentos introvertidos, en el flemático y el melancólico. Algunos de ellos sospechan un enojo hacia su mujer, pero no están seguros de ello ni tienen muy claro por qué.

En conclusión, de acuerdo a los casos de hombres con DSHsr tratados, observamos que la inmensa mayoría están asociados a estados de estrés emocional y al miedo y/o la rabia. A la vez, en todos ellos la *Apetencia Fisiológica Indiscriminada* (AFI) permanece casi intacta y solo se ve afectado el *Deseo Sexual Selectivo* (DSS) por su pareja. Únicamente unos cuantos casos se deben a la pena o condiciones de estrés general, bajo el cual —a diferencia de los casos anteriores— se inhibe tanto la AFI como el DSS. De todas maneras, sea cual sea el origen del DSH, para que estos pacientes puedan reanudar su vida sexual tienen que tener presente que existiendo la AFI pueden hacer surgir el DSS con una estimulación adecuada.

Es en este sentido que consideramos la AFI como una emoción más primitiva y el DSS como un sentimiento más complejo que incluye los procesos motivacionales. Por lo mismo, en los casos en que podemos comprobar que es el estrés general cotidiano, producto por ejemplo del trabajo o de preocupaciones financieras, el que está afectando la libido, no se trataría de DSHsr. Pero si el nivel de estrés que ha aumentado es el emocional, es decir, aquel que está asociado a

determinadas dinámicas de esa relación de pareja en particular, sí sería un DSH de tipo selectivo-relacional. En resumen, el DSHsr no es causado por el estrés general cotidiano, sino que por la acción del miedo y/o de la rabia, es decir, por el encapsulamiento de las emociones negativas.

CAPÍTULO XV

La mirada del cambio desde la neurociencia

Cuando creíamos que teníamos todas las respuestas,
de pronto, cambiaron todas las preguntas.

MARIO BENEDETTI

Jacinta escribe en el blog: «Hace más de dos años que estoy en una relación. Al principio era todo normal, pero hoy ya estoy llegando al límite. Hace más de un año que no sucede nada sexualmente, nada, por más que me pase todo el fin de semana insinuándome de todas las maneras posibles. Pensé que era por mí, que me encontraba gorda o poco atractiva, pero no es eso, no es que no le funcione, ¡es que no lo usa! Y me deprime tener que dormir con él sin que me toque siquiera un pelo.

Al leer los artículos del blog me di cuenta de que esto es más común de lo que uno piensa, pero su tema no es estrés ni cansancio ni nada de eso, pero tampoco sé qué es. Para no volverme loca, dejé de pensar en el problema después de buscar información en internet. Le pregunté si tenía a otra o si le gustaban los hombres. Pero no.

Por favor, les pido algún consejo, porque a pesar de que lo amo, la única salida que me va quedando es alejarme de él».

La obsesión por la normalidad y el explosivo desarrollo de internet ha hecho surgir una nueva fuente de información: la búsqueda en la web. Tanto es así, que un estudio reciente arrojó que el tercer uso más común, tras el correo electrónico y los buscadores, es la indagación de información médica¹. Esta nueva tendencia, claro, representa un panorama inédito y un enorme desafío para los profesionales del área, pues los pacientes están buscando más allá, no se contentan con respuestas superficiales ni de sentido común, acudiendo a la consulta con un prediagnóstico y una hipótesis acerca de su origen, después de haber descartado, según ellos, posibles motivos biológicos.

Puntualmente en el ámbito del déficit del deseo sexual, las dudas que nos formulan nuestros pacientes acerca de las posibles causas son muy concretas, sean estas biológicas, psicológicas o relacionales, pero también incluyen unas más generales sobre el gran tema del amor. Suponemos que a ustedes les interesa dilucidar estas mismas interrogantes.

Si miramos las disfunciones sexuales en general y específicamente la fase del deseo sexual, lo primero que debemos saber es que estos son desórdenes de raíces múltiples y complejas en cuya génesis confluyen factores que van desde lo orgánico hasta lo sociocultural, desde lo psicológico individual hasta lo interpersonal, entre otros, lo que denota la dificultad del tema. Actualmente se considera que los trastornos sexuales no son totalmente psicológicos ni físicos y tampoco netamente individuales ni relacionales².

Ahora, dejando de lado lo biológico y tratando en específico los factores psicológicos, estos últimos pueden ser de índole personal y/o interpersonal (donde nuestra relación de pareja es determinante). Pero lo importante es que ambos casos están asociados a estados emocionales negativos como la ansiedad, el miedo, el estrés general o la rabia, por lo cual

terminan afectando nuestro Sistema de Recompensa Cerebral y alterando las reacciones fisiológicas necesarias para una plena respuesta sexual. Así, las causas tanto a nivel individual (mitos sexuales, expectativas irracionales, rol de espectador, estrés, miedos, ansiedad por el desempeño, etcétera) como interpersonal (problemas de comunicación, de poder, celos, desconfianza, culpa, frustración, hostilidad, entre otros), afectan negativamente nuestro estado emocional. En otras palabras, son los conflictos con nuestra pareja los que despiertan en nosotros emociones negativas, las que finalmente se transforman en ese estrés emocional que altera nuestra fisiología. Asimismo, los factores socioculturales y la información valórica que nos transmiten desde niños son primordiales en y para nuestro desarrollo y la forma en que enfrentamos el sexo.

Con esto dicho, veamos las variables a las que los mismos afectados o sus parejas atribuyen su inapetencia sexual. Según un estudio del año 2008³, la mayoría de los hombres cree que su bajo deseo sexual hacia su pareja se debe a que:

- su mujer ya no es un estímulo novedoso (sí les interesa el sexo con otras mujeres);
- su mujer no parece gozar con la actividad sexual;
- están enojados con su pareja;
- están aburridos de su vida sexual;
- su mujer está deprimida.

Solo unos cuantos lo atribuyen a otro tipo de causas como la propia depresión, sobrepeso de ella, disfunción eréctil, desinterés general por el sexo, medicamentos que disminuyen la libido o preferir la masturbación. Menos hombres aún mencionan factores como la eyaculación precoz, dificultad para alcanzar el orgasmo, agotamiento o que realmente nunca les ha interesado el sexo.

Factores de predisposición, desencadenantes y mantenedores

Ahora bien, los factores causales recién mencionados actúan en distintos niveles de influencia. Por lo mismo, mientras algunos actúan predisponiendo, otros desencadenan el desorden sexual. En términos concretos, los primeros factores refieren a ciertas características y aspectos históricos individuales de la persona que presenta el síntoma, incluyendo lo biológico, psicológico, familiar y sociocultural. Los segundos, por su parte, son los hechos o acciones más inmediatos, de índole ya sea biológica y/o psicosocial asociados especialmente a la ansiedad, los que gatillan que el síntoma aparezca en ese momento de la vida del paciente.

Pero además existen otras variables de especial importancia, las denominadas «mantenedoras», justamente porque su rol consiste en contribuir a que el síntoma perdure en el tiempo y el trastorno se haga crónico. De entre estos factores, los principales son la personalidad, los relacionales y los sistémicos.

La ciencia moderna entiende el surgimiento de fenómenos desde una multicausalidad y no producto de un único factor que de forma independiente habría desencadenado una disfunción, sino que actúan varios en conjunto, haciendo difícil su identificación. Pero, además, el modo en que nos impacte cualquier situación vital dependerá más de la manera en que lo interpretemos y enfrentemos, que de las circunstancias puntuales en sí. Al final, en la base de casi cualquier disfunción sexual actúan conjuntamente causales remotas, profundas, y agentes próximos o inmediatos, que pasamos a detallar.

Factores de predisposición

- El temperamento y ciertos rasgos de la personalidad como: rasgos depresivos, pasivos, histéricos, obsesivos, ansiosos, competitivos, inseguridades, etcétera.
- Experiencias traumáticas durante la infancia: maltrato físico o psicológico, violación, incesto.
- Experiencias de fracaso en los primeros contactos sexuales.
- Sustrato sociocultural: educación moral y religiosa rígida y restrictiva, transmisión de mitos y prejuicios.
- Relaciones familiares disfuncionales, especialmente aquellas entre los padres (dificultad para el desarrollo de relaciones sanas y gratificantes).
- Inseguridad precoz en el rol psicosexual durante los primeros años de vida. Por ejemplo, insatisfacción con la imagen corporal.

Factores desencadenantes

- Embarazo, presenciar el parto, crianza de hijos.
- Fracaso fortuito y ocasional causante de ansiedad en el rendimiento sexual; asumir un rol de espectador.
- Experiencia sexual traumática.
- Expectativas irracionales, autoexigencia de desempeño, necesidad excesiva por complacer a la pareja.
- Temor al fracaso, vergüenza o culpa (afecta la percepción de los estímulos eróticos).
- Problemas con la pareja: infidelidades u otros conflictos circunstanciales.
- Disfunción sexual de la pareja.
- Reacción ante un trastorno orgánico o efectos de la edad (cambios hormonales).

- Depresión, ansiedad, duelo, estrés, hostilidad.
- Presencia de otra disfunción sexual como DE, EP, ACM, dispareunia, etcétera.

Factores mantenedores

- Rasgos de personalidad: miedo a la intimidad, ansiedad por el desempeño, anticipación a fallar, culpa, asumir rol de espectador, narcisismo, ignorancia sexual, falta de habilidades y conocimientos sexuales propios y/o de la pareja.
- Presencia de mitos sexuales.
- Discronexias entre la pareja en la frecuencia sexual deseada.
- Apego al ritmo propio sin considerar el de la pareja.
- Escasez de estímulos eróticos y/o destinar escaso tiempo para juegos preliminares.
- Evitar de forma inconsciente la satisfacción sexual.
- Sabotaje sexual, presión por responder, tensión, actitud expectante.
- Falta de atracción por la pareja o deterioro de la imagen propia.
- Sistema pareja: problemas de comunicación, de poder o de roles; desavenencias (económicas, crianza de los hijos, educación, entre otros), conflictos crónicos, celos, rechazo, infidelidad, desilusiones contractuales, desconfianza, críticas, desprecio, envidia, competitividad, frustración, agresividad.
- Factores biológicos: uso de medicamentos, enfermedades, edad.
- Trastornos psiquiátricos como depresión o ansiedad generalizada.
- Trastornos conductuales: alcoholismo, anorexia, adicciones, etcétera.

Ahora bien, es obvio que los distintos subtipos de DSH no tienen un mismo origen, sino que se encuentran asociados a diversas causas. Dicho esto, nos centraremos en los subtipos parciales-selectivos, y en especial en los selectivo-relacionales (DSHsr), que son los que nos han convocado a lo largo del libro.

Como ya vieron, lo más probable es que la mayoría de los casos situacionales selectivos respondan a factores causales de origen psicógeno, interpersonal o psicosociocultural, por sobre razones de índole orgánica y biomédica, ya que la apetencia fisiológica indiscriminada (AFI) permanece normal. Pero dentro de estos casos es necesario efectuar un acucioso diagnóstico diferencial entre los dos subtipos selectivos (categorial versus relacional), por más que puedan superponerse en ocasiones. Para ello, se debe realizar un historial del paciente y de sus experiencias con parejas anteriores.

Si el paciente ha presentado la misma inapetencia sexual ante otras mujeres en el pasado y si el síntoma comenzó de forma abrupta, asumimos que probablemente se trate del selectivo-categorial (DSHsc), por lo que está asociado más a factores individuales tales como el miedo al compromiso, a la intimidad emocional y a la entrega. Pero si rara vez se le ha presentado antes el mismo problema con otra mujer y si su inicio fue de manera gradual, debemos suponer que se trata del selectivo-relacional (DSHsr). Entonces, habría que indagar en las distintas áreas de la relación de pareja actual, poniendo énfasis en aquellos conflictos (abiertos o velados) asociados a dinámicas particulares de la interacción entre ambos que puedan estar actuando como mantenedores motivacionales del síntoma. Vale decir, es imprescindible distinguir cuáles emociones están primando en cada uno de los miembros de la pareja, en donde no podemos olvidar la importancia de identificar el rol que están jugando el temperamento y la personalidad de cada uno de ellos.

Así, en la base del DSHsr estarían los factores predisponentes socioculturales, entre los cuales aquellos relativos a la transformación de los roles de géneros, especialmente los que han afectado la balanza de poder entre hombres y mujeres, toman vital importancia.

DSH como fenómeno psicosomático

Consecuentemente con lo mencionado, el déficit del deseo sexual se considera un desorden complejo que implica procesos neuroendocrinos, emocionales y motivacionales, en donde algunos son inconscientes, involuntarios y automáticos, y otros más conscientes. Ya para mediados de los noventa, Helen Singer Kaplan formulaba un enfoque biopsicosocial de las disfunciones de la libido humana⁴, mientras John Bancroft, posteriormente, proponía su teoría del Círculo Psicosomático del Sexo, afirmando que la disfunción dependerá finalmente de la interpretación cognitiva que se le dé a las numerosas variables que forman parte del proceso sexual⁵. Sobre esto, Daniel Goleman destaca que la medicina actual tiende a considerar cada vez un mayor número de patologías y síntomas como de origen psicosomático, entre los cuales se encuentra la pérdida del deseo sexual, un trastorno que se genera de manera lenta y gradual⁶. Esto no es de extrañar si consideramos, con Juan Carlos Romi, que en el determinismo de esta afección psicosomática el estrés emocional juega un rol preponderante⁷.

Por su parte, James Pfau ha postulado que, especialmente en los hombres, el funcionamiento sexual, incluyendo el deseo, son fenómenos psicosomáticos que pueden verse afectados tanto por causas profundas como por pequeñas alteraciones en la atmósfera de la relación, así como por presiones

o críticas⁸. Entonces, como hemos planteado, por más que en nuestra motivación consciente queramos funcionar sexualmente con nuestra pareja, nuestro cuerpo no siente las ganas y, a veces, no podemos ni siquiera funcionar.

Los psicoanalistas suelen señalar que las personas que sufren algún tipo de trastorno psicosomático, ignoran las señales de su cuerpo, amén de hacérseles difícil el registrar y expresar sus emociones negativas. De acuerdo a las investigaciones de Serge Stoléru y su equipo, es justamente el encapsulamiento de las mismas lo que está en estrecha relación con el DSH en los hombres⁹; Romi agrega que el proceso de represión de los sentimientos suele estar a menudo asociado al miedo, aunque también a la rabia y al estrés general. Lo que sucede en el fondo es que si no gestionamos adecuadamente nuestras emociones negativas, con el tiempo inevitablemente se irán produciendo alteraciones hormonales que influirán destructivamente en nuestro funcionamiento sexual y sus consecuencias pueden ser muy delicadas puesto que sus efectos podrían mantenerse hasta por dos o tres años tras el cese de las condiciones que las desencadenaron.

Disfunción del deseo sexual selectivo

Como hemos dicho, existe escasa literatura sobre hombres con DSH, y menos aún una específica sobre los subtipos DSHsc o DSHsr. Pero en uno de los pocos estudios existentes acerca de la inapetencia masculina, aun cuando no diferencian por edades, Weeks y Winters postulan que habría tres grandes causas para ello: la pérdida del respeto de él por ella o ella por él; la pérdida del atractivo físico o alguna enfermedad en ella; y que él no quiera o pueda someterse por más tiempo a las quejas de ella en torno a sus capacidades sexuales¹⁰.

Luego, de los otros contados artículos existentes podemos deducir ciertos factores causales mencionados por distintos autores, como disritmias en la frecuencia sexual, presión basada en el «derecho al placer», resentimiento, problemas de comunicación, escasa intimidad emocional, distanciamiento y luchas de poder. Lo importante de recalcar, para tranquilidad de las parejas afectadas, es que ningún artículo siquiera menciona que el desamor pueda estar en la base de alguno de los subtipos de DSH.

De acuerdo con nuestra experiencia clínica, el origen específico del DSHsr se asocia, a nivel interpersonal, a problemas de comunicación, deficiente intimidad emocional, frustración de expectativas y conflictos soterrados, en especial aquellos en torno al tema del poder en la relación y al control. En efecto, repetidamente vemos cómo los hombres suelen percibir y calificar a su mujer como alguien de carácter fuerte, inconformista, exigente, crítica, enojona, explosiva y que llora fácilmente; por su parte, ellas los ven como niños, débiles e inseguros, pasivos y poco competentes en las labores domésticas, especialmente en el rol de padre.

A nivel individual, en tanto, hemos observado que los hombres con DSHsr tienden fácilmente a sentirse poco valorados, rechazados, humillados y exigidos, pareciendo demasiado susceptibles a las actitudes negativas de ellas; y efectivamente ellos reconocen tener problemas de autoestima junto a un cierto sentimiento de inferioridad respecto de su mujer. Estos hombres creen, a fin de cuentas, que tienen menos poder que ellas dentro de la relación.

Específicamente en el área sexual, los hombres se quejan de que su mujer los apremia por tener sexo más seguido y de que además ellas creen que él debe saber cómo estimularlas, lo que les supone una presión extra, amén de que supuestamente deberían ser capaces de llevarlas al orgasmo,

rendir bien, no eyacular demasiado pronto ni muy tarde, mantener la erección durante todo el contacto y, finalmente, eyacular tengan o no tengan ganas de hacerlo. Es decir, reprochan que aunque ellas tomen la iniciativa, a la hora de hacer el amor, toda la responsabilidad depende de ellos. Estas sensaciones, por cierto, hacen que las emociones de miedo y rabia predominen, muchas veces de modo inconsciente, al tiempo que evitan expresarlas, sea por vergüenza o para no tener conflictos mayores. Finalmente, enfocándolo desde el plano fisiológico, hace tiempo que los especialistas han descubierto que los circuitos sexuales se bloquean ante la presencia del miedo o la rabia¹¹. Y por esto, el DSHsr representa, en ocasiones, una manera involuntaria e inconsciente de ejercer una resistencia pasivo-agresiva, lo cual constituiría una de las formas en que se puede expresar el llamado «poder del débil». Y, tal como sostiene David Schnarch, la disfunción sexual la presentará preferentemente aquel que sienta que goza de menos poder dentro de la relación de pareja¹².

Más específicamente, Stoléru efectuó un interesante experimento en el cual se le mostraron una serie de películas de alto contenido sexual a quince hombres (ocho que no presentaban ninguna disfunción sexual y siete diagnosticados con DSH primario), tras lo cual concluyó que el DSH obedece a la presencia de intensos procesos inhibitorios¹³. Es decir, según el especialista estos hombres no logran sentir el deseo sexual porque sus cerebros mantienen embotelladas sus emociones negativas y, a diferencia del grupo control, no se les desactiva como debiera la corteza órbito-frontal medial, una de cuyas funciones es regular la motivación sexual manteniendo las emociones bajo control, evitando así que nos desborden (entendible dado que la mayoría de los centros excitatorios e inhibitorios de la sexualidad son los mismos que se usan en

el procesamiento de los estados emocionales y motivacionales). Lamentablemente, solo se estudiaron hombres con DSH primario, por lo que sería necesario realizar procedimientos similares con hombres jóvenes con DSH secundario, parcial y selectivo para completar el panorama.

Por nuestra parte, hemos observado que los pacientes con DSH selectivo acuden muy desconcertados a las primeras sesiones, no saben a qué se debe su falta de deseo hacia su mujer, ya que no tienen conciencia de emoción negativa alguna hacia ella. Sin embargo, durante el curso de la terapia emergen indicios de miedo y/o rabia. Porque si consideramos las dificultades inherentes a cualquier relación de pareja, en especial cuando viven juntos, es precisamente el no evidenciar abiertamente casi ningún conflicto lo que lleva a sospechar que probablemente ellos están soterrando o coartando sus opiniones y sensaciones o la manifestación directa de sus emociones. Así, de acuerdo a nuestra experiencia, si antes era la mujer quien tendía a reprimirse, hoy es el hombre quien estaría encapsulando sus emociones y, por ende, acumulando ese estrés emocional que puede provocar la disminución de testosterona, serotonina y dopamina. A medida que ellos aprenden a expresar sus emociones, sus síntomas van remitiendo, por lo que suponemos que nuestras hipótesis van bien encaminadas. Lo que sucede es que, si bien bajo condiciones de seguridad la sangre fluye lejos de las áreas cerebrales relacionadas con la ansiedad y el miedo, cuando el hombre se siente en una situación amenazante, se le puede activar en demasía la amígdala y disminuir la acción de la dopamina. Tal como se ha señalado recientemente, la sexualidad masculina es mucho más compleja de lo que se creía antaño y también depende de una amplia variedad de factores afectivos y cognitivos, al igual

que la femenina. Entonces, si en general estos hombres han vivido experiencias desagradables en el plano sexual, los factores cognitivo-emocionales entran en juego generando expectativas negativas, las que afectarían su funcionamiento sexual¹⁴. Por lo mismo, variables tan diversas como fantasías, recuerdos, valores, normas sociales, anhelo de pertenencia, etcétera, pueden ser canalizadas a través de fenómenos que no necesariamente están asociados a una actividad sexual manifiesta, pero que pueden conducir a emociones dañinas básicas (miedo, rabia) o sofisticadas y más conscientes (sentimientos y motivaciones).

Por esto, cuando nuestra lectura de la situación es positiva y tenemos la expectativa de pasarlo bien, continuamos con nuestras conductas sexuales; pero si la lectura apunta a la ansiedad, al miedo, la culpa o la rabia, presumiblemente se bloquee nuestra respuesta sexual. En otras palabras, cuando hemos sufrido experiencias sexuales negativas con nuestra pareja, la mera posibilidad de tener sexo con ella puede producirnos sensaciones viscerales automáticas. Y como dichas sensaciones están asociadas a una reacción emocional primitiva inconsciente, nuestro cuerpo se pondrá en «estado de alerta», liberando cortisol, el que inhibe el deseo y la motivación. Luego, esta secuencia puede tornarse crónica si, por ejemplo, nuestra pareja se molesta por la falta de respuesta sexual, lo que nos desmotivará aún más, llevándonos de manera inconsciente a que apaguemos nuestro deseo de forma permanente, en pos de eludir las situaciones sexuales futuras.

Como podrán ver, amén de ser el mediador de las recientes transformaciones culturales, el sistema de recompensa-castigo es lo que está en la base de estos procesos motivacionales, como revisaremos a continuación.

La plasticidad del cerebro

Conocer algo es haber logrado las respuestas al qué,
cuándo, cómo y por qué de ese algo.

SÓCRATES

A estas alturas ya todos ustedes sabrán que los cambios sociales del último tiempo han desequilibrado la balanza de poder en la relación de pareja. Suponemos, también, que llegaron a la conclusión de que la pérdida de poder por parte de los hombres ha alterado la forma en que se relacionan con estas nuevas mujeres empoderadas.

Pero la gran pregunta es, ¿cómo pasamos de una transformación cultural, de factores individuales y de dinámicas de pareja a una disfunción sexual que se concreta en el cuerpo? ¿Podrá la neurociencia ayudarnos a dilucidar por qué ha disminuido hoy el deseo sexual en los hombres? A continuación veremos cuáles podrían ser los sustratos biológicos que median entre estos dos fenómenos, entendiendo que si antes los cambios socioculturales eran lentos y paulatinos, hoy ocurren de forma vertiginosa, incluidos los que refieren al ámbito de la sexualidad¹⁵.

A grandes rasgos, dentro del área de la motivación y de las emociones, un componente muy importante se relaciona con el proceso evaluativo–interpretativo, en el cual participan tanto programas genéticos como la propia experiencia. Vale decir, aun cuando las emociones sean en última instancia de origen innato, estas están fuertemente influenciadas por la cultura y el ambiente que nos rodea, lo que las torna particularmente subjetivas. Son las emociones, pues, las que tienen la tarea de facilitar o dificultar las adaptaciones mediante la constante «lectura» del estatus de los estados motivacionales. Entonces,

debemos tener claro que, gracias a la evidencia científica lograda en los últimos años, se pudo comprobar que nuestro cerebro es maleable, que no solo se crea a sí mismo (autonomía y autopoiesis) sino que está diseñado para cambiar estructuralmente sus redes neuronales —desde la infancia y a lo largo de toda nuestra vida adulta— por efecto de las experiencias, fenómeno que se conoce como neuroplasticidad, concepto que apunta a que nuestra organización neuronal puede modificarse producto de nuestras experiencias vitales, personales e interpersonales¹⁶. Es decir, todos poseemos la capacidad de modificar nuestras conexiones neurona-neurona, así como la cantidad de las sinapsis y de las células nerviosas (aunque, realmente, debiésemos hablar de plasticidad sináptica, ya que son nuestras sinapsis las maleables con el paso del tiempo y las que se modifican en función de las informaciones recibidas por dichas neuronas y las consecuencias de nuestros actos).

Plasticidad sexual y plasticidad cultural

El cambio es la única cosa en el universo que no cambia.

HELMUTH WILHEM

En base a lo anterior, entendiendo que la sexualidad forma parte del sistema neurofisiológico, podemos hablar también de plasticidad sexual o erótica, definida como el grado en el cual el impulso sexual puede ser transformado mediante influencias sociales, culturales y situacionales¹⁷. La sublimación, ese mecanismo de defensa que consiste en sustituir la satisfacción de un impulso por otra actividad análogamente satisfactoria, sería uno de los mecanismos que usamos para «civilizar» nuestros instintos animales, haciéndolos socialmente

aceptables; aquí estarían los deportes u otros *hobbies* (y pareciera que a veces lo logramos tan bien que hasta dejamos de sentir deseo). Si revisamos un poco la historia, no hace mucho Freud pregonó que los instintos sexuales en los seres humanos eran notables precisamente debido a su plasticidad, contrastando lo que antiguamente se sostenía: que dichos instintos contenían un propósito ineludible, la perpetuación de la especie, por lo que necesariamente tendrían que ser muy resistentes al cambio. Pero, como vimos, nuestro instinto sexual se ha liberado de su objetivo básico de procrear, poblándose de infinitas variaciones motivacionales y dejando, seguramente, a Darwin muy desconcertado ante esta actual epidemia de inapetencia sexual, ya que ¿cómo es posible que los hombres no deseen el coito con la mujer que han escogido para ser la madre de sus hijos?

Una posible explicación la podríamos encontrar en la facultad que tiene nuestro cerebro de ser modificado culturalmente (bajo el entendido de cultura como el conjunto de metas, valores, actitudes y expectativas compartidas por un grupo). En palabras de Doidge, no solo el cerebro conforma la cultura, sino que la cultura es la que conforma al cerebro¹⁸. O, como dice LeDoux, «la cultura nos cambia constantemente», en la medida en que «el lenguaje que uno posee determina la experiencia del mundo». Es decir, las palabras construyen realidades. Así, en todas las emociones, incluso en las más básicas, se produce una inevitable influencia cultural, con lo cual estas tendrían, entonces, una naturaleza dual: son innatas y plásticas a la vez¹⁹. Tampoco olvidemos que los seres humanos solemos hablarnos constantemente a nosotros mismos: esas palabras muchas veces determinan el curso de nuestras experiencias como individuos y como sociedad²⁰. Para decirlo de otro modo, somos nosotros los principales transmisores de la cultura.

En resumen, las transformaciones en los roles de género, especialmente los cambios en la balanza de poder, han llevado a cabo mutaciones cerebrales en hombres y mujeres al modificar sus rutas neuronales, lo que constituiría una manera (no darwiniana) de alterar las estructuras biológicas. Con esto, el descubrimiento de la neuroplasticidad develó que la biología no era el destino en el amor ni en el sexo ni en los roles de género, ya que la maleabilidad neuronal desacreditaría la creencia de un determinismo absoluto dictado por la biología.

El problema llega cuando nos detenemos a pensar si este descubrimiento será para bien o para mal, porque la neuroplasticidad no implica necesariamente solo una evolución positiva, sino que también podría complicar nuestra vida sexual y amorosa, especialmente al considerar que nuestro cerebro puede adaptarse, e incluso sobreadaptarse, a no necesitar sexo. Asimismo, se puede originar un condicionamiento de aversión entre un encuentro sexual con nuestra pareja y las emociones negativas como el miedo o la ira, lo que hace poco tiempo atrás era un fenómeno casi exclusivo de las mujeres.

El sistema de recompensa cerebral

La naturaleza ha colocado a la humanidad bajo el gobierno de
dos amos soberanos: el dolor y el placer.

JEREMY BENTHAM

Durante mucho tiempo se consideró como la principal motivación de la conducta humana la evitación del dolor. Sin embargo, hoy sabemos que también estamos «programados» biológicamente para experimentar placer, jugando incluso en algunos casos un rol más importante en la motivación humana la búsqueda del goce que el huir del sufrimiento²¹.

De esta forma, para que nuestro cerebro se modifique y para que nuestro organismo se motive a satisfacer aquellas necesidades esenciales, fuimos desarrollando mecanismos movilizadores que nos llevan a alejarnos de lo que nos duele y a acercarnos a lo que nos genera placer. Así, dichos procesos de aprendizaje forman parte de un complejo circuito conocido como «sistema de recompensa cerebral», en el cual las hormonas y los neurotransmisores juegan un rol primordial y el cual funciona mediante dos fuentes de reforzamiento. Respecto específicamente de nuestra sexualidad, mientras la primera de estas fuentes consiste en mitigar la sensación de tensión sexual que nos genera algún grado de molestia, la segunda radica en la sensación de goce producida tras la liberación masiva de dopamina, endorfina, oxitocina y serotonina en los centros del placer. Por esto, cada vez que llevamos a cabo una conducta que, por ejemplo, favorece la supervivencia de la especie o la personal, recibimos una especie de «premio bioquímico», el cual actúa como instigador para que continuemos repitiendo tal comportamiento. Es esto lo que ocurre en la que quizá sea la más placentera de todas las actividades humanas: la sexual, al punto de ser hoy el goce orgásmico el arquetipo del placer.

De este modo, nuestro «cerebro sexual» pertenecería al sistema de recompensa y la sexualidad se constituiría como un fenómeno aprendido y, más importante aún, posible de ser reaprendido... para bien y para mal. Con esto, como el deseo sexual cumple una función adaptativa, emerge solo en situaciones que reúnen las condiciones apropiadas de seguridad, intimidad, entre otras, inhibiéndose, en consecuencia, si sobrepasamos un cierto umbral y percibimos el escenario como uno peligroso o inadecuado.

Así pues, las múltiples conexiones de nuestro cerebro sexual con los centros del placer y del dolor explicarían nuestra sensibilidad ante tales o cuales experiencias, actividades y/u

objetos que anticipamos como un goce potencial, despertando nuestra apetencia sexual, al tiempo que explicarían también la inhibición inconsciente del deseo cuando tememos que la presencia de algo pueda activar nuestro centro del dolor. Por ello, frente a una situación sexual ante la cual supongamos un potencial gozo y un potencial daño, nuestro organismo optará instintivamente por alejarse, activando un mecanismo que inhiba el apetito sexual, en vez de continuar hacia lo placentero. En otras palabras, el instinto de preservación individual es más poderoso que el instinto de conservación de la especie. Por lo tanto, el huir de la fuente de riesgo o sufrimiento estará por sobre la búsqueda del placer.

Así, frente al mero temor de sufrir un daño, de forma automática coartaremos nuestro deseo e interrumpiremos las respuestas fisiológicas de la fase de excitación, evitando que un impulso sexual demasiado intenso nos incite a realizar actividades que podrían sernos potencialmente riesgosas.

Como verán, no es gratuito que hayamos repetido una y otra vez a lo largo del libro la palabra temor, miedo o ansiedad. Eso sí, debemos saber que la evaluación de la «posibilidad de riesgo» (dolor) es una sensación muy subjetiva, pudiendo responder a reminiscencias de situaciones arcaicas de peligro, cuando casi todo era amenazante para nuestra subsistencia. Por esto, no quiere decir que el «daño» sea real y menos aún que sea físico. Puede ser que simplemente nos equivoquemos y respondamos así debido a una aprensión excesiva, pero también puede que nuestro ego sea hipersensible a potenciales deficiencias de nuestro funcionamiento sexual, tal cual como quizá nos lo hemos «dicho» a nosotros mismos. O que estemos invadidos por una rabia soterrada y por una decisión encubierta de castigar a ese otro que nos hizo sufrir. Como ven, las emociones negativas que pueden emerger estarían asociadas a factores

individuales y/o interpersonales, pero siempre dentro de la subjetividad propia de cada uno de nosotros.

Llegando ya al final, quisiéramos mencionar que dentro de los centros de placer del sistema de recompensa humana, existen dos subsistemas independientes, aunque conectados entre sí, que son muy importantes para los procesos motivacionales de la apetencia sexual. Y si uno de ellos deja de funcionar, es poco probable que la motivación se mantenga en el tiempo²².

El primero de ellos es el «subsistema apetitivo», equivalente al placer previo que experimentamos al anticipar que lograremos algo que queremos. Este es un placer que provoca sensaciones positivas como energía, fortaleza, optimismo, euforia y exaltación, por lo que también aumentan los niveles de estrés, y corresponde a la fase del deseo. El segundo, el «subsistema consumatorio», corresponde a la materialización del placer o al goce vivido a posteriori, el cual proviene de haber satisfecho algún deseo. Este es un placer que sacia, calma y se alcanza tras el acto sexual.

Obviamente, dentro de los procesos motivacionales el subsistema apetitivo juega un rol más importante que el consumatorio. Nosotros creemos que en los casos DSHsr es precisamente este poder anticipatorio el que presenta fallas, ya que si estamos bajo los efectos del estrés, la rabia o el miedo, probablemente nuestro organismo no perciba de forma adecuada ese placer que nos espera y que sirve de «arranque» del impulso motivacional. Es decir, las preocupaciones mentales y los pensamientos no sexuales tienen evidentes efectos inhibitorios en el deseo y en la excitación²³.

Finalmente, a sabiendas de que con esto dejamos el libro abierto ante futuras investigaciones, uno de los últimos descubrimientos apunta a que las personas varían relativamente su predisposición individual hacia los mecanismos de excitación y de inhibición a lo largo de sus vidas, moviéndose dentro

de un *continuum* y desplegando combinaciones variadas hacia una u otra tendencia según sus circunstancias presentes²⁴. Así, aquellos hombres ubicados en el extremo más propenso a la inhibición, tendrían inherentemente una mayor probabilidad de desarrollar una disfunción sexual. En cambio, aquellos hombres ubicados en lo más bajo de la escala, mostrarían una mayor inclinación a conductas sexuales de alto riesgo (menor cantidad de factores inhibitorios). Con esto podría explicarse por qué algunas personas experimentan una disfunción y otras no, bajo circunstancias similares. O, mejor dicho, serían los mecanismos de bloqueo los que influyen en el origen de los problemas sexuales en aquellos hombres con una mayor tendencia hacia la inhibición.

En resumen, la interacción entre la personalidad y su grado de disposición hacia la apetencia sexual, serían importantes predictores de conductas sexuales disfuncionales, ya que al ser la expresión del deseo sexual una experiencia emocional subjetiva, los contextos de activación e inhibición son particulares a cada persona. Por ende, también lo son para cada pareja, en la medida en que ellos construyen su propio universo de a dos. Y si esto es así, el surgimiento de un problema en la sexualidad va a depender de la estructura general de la personalidad, del desarrollo individual y social a lo largo de la biografía de los dos miembros que conforman esa determinada relación de pareja.

Es decir, las disfunciones sexuales responden a nuestro paso por el mundo, siendo respuestas a la forma característica en que hemos configurado el deseo sexual a lo largo de nuestra vida. Una vez más, para bien o para mal, estos fenómenos sociales y sexuales de hoy nos han puesto frente al desafío de avanzar en una dirección más evolucionada de relacionarnos. Como ya ha sido nuestra tónica a lo largo de la historia de la humanidad, estamos convencidos de que seremos de nuevo capaces

de reaprender a vivir en pareja en esta era de la igualdad, a comprender y cuidar nuestro deseo por el otro, y, por ende, a construir un camino con más bienestar que sufrimiento.

EPÍLOGO

Un largo camino por recorrer

Tenemos un largo camino que recorrer como sociedad, como parejas y como personas. Cada vez que emergen nuevos fenómenos sociales se generan también otras lecturas de nuestra vida cotidiana que nos obligan a enfrentar diversos desafíos. No podemos permanecer ajenos a los tremendos cambios que están ocurriendo ni a las formas que adquieren hoy los malestares posmodernos. Reflexionar hoy sobre la vida en pareja es una tarea necesaria no solo porque nos obliga a reevaluar nuestra visión de mundo, sino porque así les facilitamos el camino a quienes vienen detrás de nosotros. Hay que hablar, y hablar muy fuerte, sobre todos estos temas.

Cuando nos propusimos escribir acerca del deseo sexual, entre nuestros objetivos estaba el que la comunidad abriese los ojos frente a una disfunción que, aunque sigilosamente, estaba carcomiendo las relaciones afectivas a pasos agigantados. Esta falta de pasión que se presenta en la pareja estable, está transformándose en una epidemia que no hemos sido capaces de afrontar adecuadamente como sociedad, pues la sexualidad continúa siendo un aspecto muy frágil de nuestra existencia, a pesar de los innegables avances y de su obsesiva presencia en los medios. Por eso hay que seguir reinventándola.

Al observar los estereotipos que aún nos rodean, un hombre sin deseo aparece como una rareza y la vergüenza puede hacer que reprima su expresión. Este libro ha querido brindar el espacio que ellos necesitan para poder reconocer sin pudor su problema. Hoy podemos decir que el Deseo Sexual Hipoadectivo selectivo-relacional (DSHsr) está amenazándonos silenciosamente. Mas, queremos enfatizar que no se trata de una «enfermedad» sino que, semejante a la náusea, sus raíces pueden estar insertas en variables de muy diversa índole. A esto nos hemos referido a lo largo del libro, pero no para alarmar, sino para manifestar, en especial a quienes sufren del DSHsr y en particular a los varones, que no están solos y que hoy podemos asegurarles que este problema sí tiene solución. Esto, sin embargo, siempre y cuando la pareja comprenda el papel que juega tanto en la génesis como en la mantención del síntoma, y esté por tanto dispuesta a participar activamente en la terapia.

Es muy importante validar la existencia de un nuevo padecer en la sexualidad masculina, cuyas causas no solo radican en ellos, sino también en la sociedad y en su relación de pareja. Los hombres tienen que aceptar que ya no son los mismos de antes, que forman parte de una generación que está en transición y deben también advertir y comprender que las mujeres están asimismo reinventándose. Como en todo proceso de evolución, ello requiere un sinfín de ajustes no precisamente exentos de dificultades.

En estos últimos párrafos quisiéramos explicarles que en ciertos períodos históricos algunos desórdenes asociados a la vida en pareja que no existían o eran excepcionales en el pasado, sufren eventualmente una llamativa expansión en su frecuencia y pasan a ser la regla, alterando los estilos de convivencia. Con miras a comprender este fenómeno es que se propuso el concepto de «síndromes asociados a la cultura»¹ a aquellas anomalías cuya incidencia aumenta significativamente

por estar vinculadas a determinados énfasis socioculturales o a situaciones de estrés específicas. De forma similar habría anomalías que cumplen con los criterios de Devereux por ser consideradas como un «trastorno étnico»: «un patrón que, debido a su propia dinámica, ha llegado a expresar las contradicciones cruciales y las ansiedades esenciales de una sociedad»². Así, algunos síntomas sexuales no reflejarían una desviación infundada, sino que más bien estarían representando una continuidad subyacente a los elementos normales de esa cultura específica, expresando —de una forma extrema— los conflictos esenciales y las tensiones generalizadas dentro del contexto social³. Es así como llegamos a creer que nuestra sociedad está cumpliendo un rol fundamental en la aparición de este síntoma, sumado a ello el descontento de una cultura patriarcal que en ciertos aspectos ya no es tal.

Sin embargo, los cambios en los roles de género obviamente no están afectando de la misma manera a todos los hombres de esta generación. Lo que hemos propuesto a modo de reflexión es que el DSHsr surge únicamente al interior de una pareja compuesta por una particular combinación de personalidades; ello, en la medida en que toda interacción depende de la visión de mundo de cada una de sus partes. Entonces ¿cuáles serían los factores predisponentes, cuáles los desencadenantes y cuáles los mantenedores de esta disfunción sexual?

Habiéndole aplicado a dos miembros de una pareja el test del Eneagrama —que es un modelo de clasificación de nueve tipos de personalidad (eneatipos), que define mecanismos individuales de visión del mundo, rasgos principales, etc.—, pudimos comprobar que la mayoría de los hombres sintomáticos compartían un temperamento introvertido con tendencias melancólicas o flemáticas, tenían más desarrollado su lado femenino, eran un tanto susceptibles e hipersensibles, sintiéndose fácilmente presionados y devaluados, principalmente en su

desempeño sexual. Optaban por evitar los conflictos abiertos, predominando en ellos una rabia reprimida que solía escapárseles involuntariamente como agresión pasiva en el área sexual. Pero también los dominaba el miedo a «fallar», a dejar a su mujer sexualmente insatisfecha; además, fuera de amar mucho a su mujer, estos hombres solían ser emocionalmente dependientes con un apego inseguro de tipo ansioso. Así que mientras más enamorados se sentían, mayor era su sensación de vulnerabilidad y más se resentían si creían que ella tenía el poder; pero, al temer ser abandonados, más contenían sus emociones negativas.

Y ¿cuáles son las tendencias de personalidad de sus parejas? La mayoría de ellas también pertenecían a los mismos eneatis, tendiendo hacia la extroversión con rasgos coléricos o sanguíneos. Eran activas, fuertes, resistentes, impulsivas y muchas veces propensas —según su propia descripción— a expresar su enojo de forma crítica y/o explosiva, teniendo muy claro lo que querían en la vida y lo que no estaban dispuestas a «aguantar». Conscientes de su poder, generalmente eran independientes en todo sentido y mostraban un apego inseguro de tipo evitativo a la base. Así que en estas parejas se repetía porfiadamente una misma combinación de temperamentos y ciertas características comunes⁴.

Queremos insistir, eso sí, que las parejas son mucho más que la simple suma de sus partes: los dos comparten también una forma de ver la realidad. Así, en el caso de las parejas sobre las cuales nos referimos, ambos eran partidarios de una relación igualitaria, defendían los derechos ganados por las mujeres y rechazaban el machismo de antaño, así es que, para soslayarlo, se repartían las tareas domésticas de manera equitativa y negociaban las decisiones. Gracias a ello casi no peleaban, se llevaban muy bien y por lo general los conflictos se restringían únicamente al área sexual. Cuando llegaban a producirse

discusiones, estas eran esporádicas, poco intensas y de corta duración, con un discreto distanciamiento posterior. En estas parejas, ellos afirmaban que preferirían ceder para no empeorar las cosas; y ellas confirmaban esto al expresar: «Termino peleando sola»⁵.

Por otra parte, ambos aparecían como maduros, sofisticados, responsables y en general perfeccionistas; trataban de hacer todo «como se debe», pero además querían solo lo mejor y lo antes posible. Estas tremendas exigencias y autoexigencias les generaba una serie de expectativas irracionales⁶, tanto respecto de sí mismos como del otro y de la relación, transformándose en un arma de doble filo. Es así como, por ejemplo, este tipo de parejas hace excesivos esfuerzos por cumplirle y complacer al otro, con el consiguiente riesgo de terminar exhaustos y frustrados si se fracasa en su empeño. Este *modus operandi*, por otra parte, los deja expuestos a la crítica o al rechazo, con la sospecha de un trasfondo hostil y hasta agresivo detrás de dichas exigencias. Al ser todo ello fuente de conflictos —la mayoría de las veces no expresados—, se incrementa la posibilidad de que se instale un silencioso resentimiento, el que, sin duda, será un potencial desencadenante de alguna disfunción sexual.

Al llegar a este punto queremos expresar enfáticamente que el DSHsr no es culpa de ninguno de los miembros de la pareja⁷, sino que —si lo vemos desde lo más clásico del enfoque sistémico— es uno de ellos quien está expresando a través del síntoma una dolencia mayor que en realidad es de a dos, es compartida⁸. Es decir, sería la pareja como relación la que estaría atrapada en una suerte de danza o incluso batalla muy especial, en la cual las mujeres mostrarían una actitud demandante y los hombres se resistirían al percibir las con mayor poder. Tal como lo anticipó Michele Wiener-Davis, ellos no se atreverían a expresar su rabia en forma directa, limitándose

a negarles aquello que ahora ellas tanto anhelan: satisfacción sexual⁹. Y si bien los hombres hoy se entregan más que antes —frente a la ausencia de alternativas al «antimachismo»— no habrían sido capaces de aprender otro modo de intimar, tanto emocional como sexualmente con su pareja; es como si amasen más pero sin saber bien cómo hacerlo. Y es así también como llegamos a que pareciera que es en el ámbito de la sexualidad donde se estarían reflejando en forma más dramática las dificultades provenientes de los cambios acontecidos en los últimos años en la interacción hombre-mujer.

En terapia, pretendimos aclararles a ellas que a su hombre no se le ha acabado el amor y que la siguen encontrando atractiva, pero que está siendo presa de la confusión social de estos días. Más aún, lo que ha sucedido es que justamente porque las aman tanto es que ellos han dejado de desearlas. Sí, mujeres, sus hombres las aman más de lo que alguna vez pensaron que era posible y están intentado resolver inconscientemente la compleja matemática que les implica amarlas y al mismo tiempo temer perderlas. Ellos tienen más miedo de lo que ellas creen. Y, mujeres, es muy importante que sepan a qué le temen ellos: a perderlas a ustedes y a perderse ellos mismos dentro de la relación.

Entonces, en conclusión, el DSHsr no emerge en cualquier relación de pareja, sino solo en aquellas en las que se ha establecido una muy particular forma de interactuar entre ambos. El síntoma tampoco ocurre en cualquier hombre, sino en aquel que presenta más problemas con el manejo del miedo y de la rabia. En uno que ama a su pareja de una manera que podríamos calificar de «más femenina». En uno que ve su identidad amenazada ante ciertos eventos de la vida en pareja. Pero no les sucede con cualquier mujer, sino que con aquella que expresa abiertamente su rabia ante la frustración y que también teme a la rabia del otro. Con una que se

relaciona y ama a su hombre de una manera que podríamos calificar como más «masculina». Con una mujer que necesita confirmar su identidad como persona autónoma, que no está dispuesta a dejarse pasar a llevar.

Y si osáramos acercarnos a mirar algunos de los posibles caminos de salida a este dilema entre hombres y mujeres, obviamente que la solución no podría encontrarse en un gatopardismo. Es cierto que la tortilla se ha dado vuelta en los últimos años. Otrora las mujeres perdían el deseo sexual porque le tenían miedo y rabia al hombre, frente al cual se sentían sin poder. Algunos simplistamente podrían afirmar que lo que está pasando hoy en día sería un signo de justicia histórica; vale decir, que ahora les toca a los hombres temer y resentirse ante esta nueva mujer empoderada. Pero obviamente esta no es la manera de resolver el asunto, ya que así caeríamos en la trampa de cerrarle las puertas a una comprensión empática de los unos respecto de las otras.

Veamos. Por un lado, cada día es más común que mujeres aparentemente fuertes y con características más «fállicas» vivan junto a hombres aparentemente más sensibles, pasivos, susceptibles y predispuestos a dejarse «castrar». En contraste con esta realidad, por otro lado socialmente aún se espera que —al menos hasta un cierto grado— los hombres sean fuertes, definidos, protectores y que se hagan cargo de diversas situaciones dentro de la pareja. Sin embargo, lo anterior inevitablemente presupone que la mujer esté dispuesta a ocupar el lugar correspondiente, es decir, requeriría que se deje proteger, que acepte las definiciones masculinas y que sea quien —en otras palabras— asuma el rol complementario de necesitar ser guiada. Fuera de que es muy improbable que ello ocurra, dado lo políticamente incorrecto que suenan estas sentencias, muy pocas y pocos se atreverían hoy en día a defenderlas públicamente.

Por tanto, en la pragmática de la vida misma posiblemente ellos se estén debatiendo entre, por una parte, una competencia abierta y a veces destructiva con ellas, y por otra parte, un reajuste complementario entre dos individuos de distinto carácter, donde uno muestra una mayor fortaleza que el otro. Dentro de este nuevo tipo de *arrangement*, la distinción entre quién será el miembro más «fuerte» y quién el más «débil», estaría determinada —en última instancia— más por las diferencias de personalidad que por la pertenencia a un género determinado.

A pesar de que a algunos pueda parecerle que esta combinación de conductas tradicionales junto a otras más vanguardistas está funcionando fluidamente —como si ya se hubiese instalado un nuevo paradigma— es evidente que en la cotidianidad real prevalecen más las trabas y los dolores de cabeza. A nuestro juicio, los conceptos de masculino y femenino de hoy no alcanzan para definir una identidad, sino que apenas delinear algunos espacios menores de la convivencia. Como todavía no hemos podido generar —en el terreno privado— otras alternativas sociales para enfrentar este nuevo escenario, se nos hace imposible delimitar fehacientemente lo que se espera de hombres y mujeres en el ámbito de la pareja, campeando en cambio un profundo desconcierto.

El término «contradicción emocional» desarrollado por Carmen Luz Méndez, Fernando Coddou y Humberto Maturana describe lo que se siente cuando se vive repetidamente la frustración emocional de no poder satisfacer ni las expectativas de los otros ni las propias debido a las recurrentes caracterizaciones, acusaciones y recriminaciones (la negación de un otro)¹⁰. Vale decir, este sufrimiento emergería en condiciones donde imperan en el fondo exigencias que son contradictorias entre sí, aunque siempre bajo la suposición implícita de que no lo son. Por ejemplo, si se espera que un hombre

muestre fortaleza, pero que sea al mismo tiempo sensible y vulnerable; o bien, que una mujer independiente y fuerte sea igualmente subordinada y pasiva-expectante. Esta superposición o solapamiento entre fragmentos tradicionales e igualitarios respecto de los roles de género habría originado una suerte de «modelo intermedio» que es el que está dificultando que en la cotidianeidad ambos puedan coincidir en la acción.

Entonces, la inapetencia sexual se erige como una alternativa sintomática debido a que no existen —en especial para estos hombres en particular— opciones explicativas o conductuales que les permitan mantener su «yo» a salvo de las confusiones que reinan en su relación de pareja. Es en este sentido que el DSHsr sería coherente con la ausencia de nuevas definiciones de lo que es «ser hombre» dentro de una vida de pareja igualitaria. En una relación en que ambos tienen igual poder, para ellos —desde su subjetividad— serían ellas las que en el fondo gozarían de mayor jerarquía. Y, de acuerdo con David Schnarch, la disminución del deseo sexual se origina justamente en el desbalance de poder, donde las parejas se encontrarían ante la clásica problemática del apego versus la autonomía¹¹. Así, en muchos de los hombres aquejados de DSHsr el síntoma podría estar encarnando inconscientemente un mecanismo mediante el cual ellos logran mantener un cierto grado de autonomía frente a ellas, las empoderadas, y así se resguardan de no perderse a sí mismos. En tanto, el gran problema de ellas hoy en día, al tener más desarrollado su lado masculino y expresar abiertamente sus emociones negativas, sería el deber conciliar su nueva autonomía con la consecución de vínculos afectivos satisfactorios y estables¹². Pero, además, en su búsqueda del tan ansiado equilibrio con la pareja, la moneda de cambio podría estar representada por el reconocimiento de los propios deseos y necesidades, lo que puede hacerlas aparecer como inconformistas.

Sin duda, está pendiente la elaboración de un nuevo acuerdo para la vida privada, puesto que una propuesta de paridad indefectiblemente se diluye dentro de una sociedad en la que aún perduran preceptos patriarcales. Mientras subsista un diálogo cultural basado en el poder de uno sobre otro, el ser iguales se hace tremendamente difícil. De modo que deberíamos encontrar la forma de trascender dichos principios para poder construir una relación de pareja que sea beneficiosa para los dos.

Sabemos que una igualdad total como paradigma humano es una utopía imposible de alcanzar. Y no nos referimos a la igualdad de género, sino a la simple igualdad entre unos y otros, dado que ellas y ellos suelen tener distintas fortalezas y debilidades. Es en este sentido que se hace esencial darle otra vuelta de tuerca a la idea de complementariedad entre los sexos. Creemos que, tal como Humberto Maturana lo ha repetido innumerables veces, somos nosotros los individuos los artífices de los cambios sociales. Así es que los invitamos a hablar de una igualdad complementaria —donde la dominancia sería relativa— en vez de referirnos a una igualdad a secas. Sí, hablemos de relatividad en el poder y no como si hubiese una forma unívoca de ejercerlo. Quizás erróneamente hemos llegado a creer que la autoridad se profesa de un solo modo y que afecta todos los aspectos de nuestro ser, siendo que cada uno puede desplegar su poder sobre el otro a su manera y desde sus necesidades o visiones de mundo. Si pudiésemos reconocer la existencia de este poder relativo, nos sería más fácil reordenar nuestras expectativas, aceptando mejor nuestras diferencias, límites y cojeras (o neurosis).

Lo que cada uno espera de su pareja está muy arraigado en la propia biografía, pero también deriva del cómo suponemos que debería ser una relación afectiva. En la medida en que los

dos verbalicen explícitamente aquello que quisieran y además sean capaces de encontrar un camino viable de negociación para que ambos se acerquen a lograr lo que anhelan, estaríamos inaugurando un espacio inédito en nuestra forma de relacionarnos, teniendo presente que toda idea de lo que es «ser pareja» es siempre una construcción que cobra vida «de a dos». Entonces, la tarea que tenemos por delante consistiría en aprender a cimentar una cultura privada de pareja por fuera de los reglamentos que imperan en la cultura patriarcal, es decir, con acuerdos únicos e irrepetibles. Así, nuestras expectativas subjetivas y personales se podrían transformar en nuestras directrices más profundas.

¿Sería acaso muy descabellado intentar reinventar una vida de pareja obviando los parámetros culturales? Nosotros creemos que esto sí es posible. Y no solo eso, también podría constituirse en el espacio que necesitan Adán y Eva para volver a encontrarse. Aceptar que tanto las mujeres como los hombres han cambiado implica la imperiosa necesidad de erigir nuevos canales de expresión y de modificar las reglas del juego amoroso. Estamos conscientes de que resimbolizar siglos de dominio masculino, así como resignificar las contadas décadas de empoderamiento femenino es aún una labor muy difícil.

Aunque, en la búsqueda de un acercamiento con nuestra pareja deberíamos además preguntarnos: ¿cómo es que estamos viviendo nuestra sexualidad de a dos?, ¿qué sería hoy un sexo satisfactorio?, ¿más frecuencia?, ¿más orgasmos?, ¿encuentros más erótico-emocionales? Pareciera que las expectativas posmodernas actuales han transformado nuestra vida sexual en algo mecanizado, orientado al coito y eminentemente falocéntrico, donde todas las exigencias producto de esta obsesión por el rendimiento erótico estarían matando esa pasión que se tiene que materializar en el cuerpo, el que a su vez sabemos que está intrincadamente unido a nuestras relaciones

con los demás. En efecto, Maturana y Varela plantearon que el mero hecho de interactuar con nuestro medio social va gatillando en nosotros alteraciones en la estructura biológica, especialmente en nuestro sistema neuroendocrino, afectando nuestro balance hormonal.

En otras palabras, nuestro organismo se va transformando acorde a como interpretamos las experiencias, por lo que si lográsemos cambiar nuestras creencias, podríamos modificar también nuestro cerebro y, por ende, nuestra percepción de «la realidad»¹³. Vale decir, nuestras cogniciones en torno al mundo alterarán nuestra emocionalidad y, a través de esta, nuestro sustrato neurofisiológico; pero, a su vez, las emociones que nos dominan serán el marco de referencia del modo en que experienciamos nuestra vida. Por lo que no da lo mismo en qué cultura vivo, ni tampoco da lo mismo con quién y cómo me relaciono, puesto que todo ello va a modificar nuestra biología. Si bien hace ya mucho tiempo que se habían dejado atrás las teorías dicotómicas mente-cuerpo, las recientes articulaciones desde la neurociencia corroboraron su inadmisibilidad. Entonces, en otros términos, lo que habría que tener presente es que nuestro sistema motivacional-sexual es hipersensible y deberíamos poder incorporar este conocimiento a nuestra sabiduría erótica para que no sigamos demandándole tanto a nuestra vida sexual.

En esta búsqueda del camino hacia el reencuentro entre los sexos creemos que sería muy provechoso que respetáramos nuestros límites y conociéramos los riesgos implícitos en el empujarnos hasta los extremos. Del mismo modo, deberíamos tomar conciencia de que los vertiginosos cambios en la sexualidad femenina nos están obligando a reestructurar la manera en que hacemos el amor, ya que la aparición de esta mujer «más sexual» implica inevitablemente el que los

hombres también deban modificar su mirada sobre el sexo y la relación de pareja.

Estamos confiados en que el incorporar estas nuevas visiones a nuestra vida sexual no tiene por qué transformarse en otro motivo de desencuentro entre ellas y ellos. Quizás en este proceso ayude recordar que nuestra sexualidad es igualmente erotismo e insinuación, que es mucho más que un simple placer puntual (peneal o vaginal), que si le damos la oportunidad puede ser sobre todo un placer relacional, independientemente de la performance realizada. Tenemos la esperanza de que, en no mucho tiempo más, van a llegar los días en que dejemos de contar la cantidad de coitos, orgasmos y mililitros de nuestros fluidos para sentirnos sexualmente satisfechos con nuestra pareja. En otras palabras, habría que redefinir nuestro tan subjetivo concepto de lo que es la normalidad en pos de una mejor salud sexual.

Esta tarea comienza en este mismo momento para todos.

Y para nosotros, los llamados clínicos, nos resta otra labor muy relevante: conseguir transmitir una nueva mirada que les permita a las parejas reencontrarse en su vida emocional, afectiva y sexual. A pesar de que hasta hace unos años atrás participar en blogs, medios de comunicación y transformarnos en autores, era solo una vaga idea, hoy estamos convencidos de la importancia de participar en los diálogos sociales, atreviéndonos a salir de las cuatro paredes de nuestra consulta o de la academia. Creemos que nuestro deber va mucho más allá de lo que hacemos en privado, junto a nuestros pacientes. Implica, asimismo, una ética y responsabilidad social.

Si con este libro tocamos una decena de vidas, si se motivan a buscar ayuda especializada o si logran una visión diferente que los libere aunque sea parcialmente de su sufrimiento, habremos cumplido nuestro cometido y quizás habremos alcanzado nuestro anhelo más ambicioso.

Te amo, pero no te deseo ha sido nuestra primera experiencia en este difícil arte de divulgar, y como todo en nuestra vida profesional, fue un desafío continuo, de principio a fin. Hoy, que escribimos estas últimas palabras, podemos decir que este aprendizaje recién está comenzando.

NOTAS

Introducción

¹ Godoy, H., 2008; www.depsicoterapias.com

² Godoy, H. y Godoy D.; www.alejandrayantoniogodoy.bligoo.cl

Capítulo I

¹ Escobar, 2002.

² Revueltas, 1990; Ledo, 2004.

³ Benjamin, 1988.

⁴ Bruno, 2008.

⁵ Pérez, 1986.

⁶ Pérez, 1986.

⁷ Lipovetsky, 1983.

⁸ Descrito inicialmente en 1983 por Lipovetsky en «La era del vacío. Ensayo sobre el individualismo contemporáneo».

⁹ Patricio Olivos, en Riquelme, 2003; Cervera, 2005.

¹⁰ Lipovetsky, 1983.

¹¹ Beck, 2006.

Capítulo II

¹ Campuzano, 2009.

² Bauman, 2007.

- ³ Santini, 2006; Lipovetsky, 2007.
- ⁴ Lipovetsky, 2002.
- ⁵ Maturana, 2007, 2008.
- ⁶ Fisher, 1998.
- ⁷ Lipovetsky, op. cit.
- ⁸ Carvallo, 2006.
- ⁹ Bruno, 2008.
- ¹⁰ Lipovetsky, 2002, 2007.
- ¹¹ Cyrulnick, en Jurado, 2009.
- ¹² Fisher, 1998.
- ¹³ Lomas, 2008.
- ¹⁴ Giddens, 1992.
- ¹⁵ Hasta ahora, no hemos visto en la consulta a ningún hombre con estas características de virilidad que padezcan DSH de ningún tipo.
- ¹⁶ Kimmel, en Urrejola, 2011.
- ¹⁷ Carvallo, 2006.
- ¹⁸ Godoy, H., 1981.
- ¹⁹ Muraro, en Lomas, 2008.

Capítulo III

- ¹ Lipovetsky, 2007; Fuchs y Dörr, 2011.
- ² Heller, 1989.
- ³ Giddens, 1992.
- ⁴ Castaño, 2011.
- ⁵ Verhaeghe, 2005.
- ⁶ Fuchs y Dörr, 2011.
- ⁷ Castaño, 2011.
- ⁸ Ibíd., 2011.
- ⁹ Díaz, 1999, 2005; Merce y Jaume, 2005; Santini, 2006; Biscotti, 2007.
- ¹⁰ Salgado, 2004.

- ¹¹ Fuchs y Dörr, 2011.
- ¹² Ellis, 1962; Ellis y Grieger, 1977.
- ¹³ Perel, 2007.
- ¹⁴ Un dato interesante es que la duración de la penetración no fue un problema clínico sino solo en las últimas tres décadas. Pero además, la relación sexual como un todo no necesariamente tiene que finalizar después de la eyaculación sino que puede prolongarse con otras formas de estimulación y caricias.
- ¹⁵ Bustamante, 2012.
- ¹⁶ Gonzales et al., 2002; Kleinplatz, 2010.
- ¹⁷ Caponni, 2004.

Capítulo IV

- ¹ La teoría triangular del amor de Sternberg, 1990: Intimidad emocional, compromiso y pasión sexual.
- ² Berkowitz y Berkowitz, 2008.
- ³ Regan, 2000.
- ⁴ Amen, 2007.
- ⁵ Wilcox, 2011.
- ⁶ Butzer y Campbell, 2008; Bowlby, 1982; Feeney y Noller, 2004.
- ⁷ Salgado, 2003; De la Gándara y Puigvert, 2005; Oblitas, 2009; Baur y Crooks, 2010.
- ⁸ Byers, 2005; Baur y Crooks, 2010.
- ⁹ Sprecher y Rodney, 2005; Vangelisti y Perlman, 2006; Butzer y Campbell, 2008; Arndt, 2010.
- ¹⁰ Donnelly, 2003.
- ¹¹ Brunner, 2008.
- ¹² Gottman, 2007.
- ¹³ Regan, 2000.
- ¹⁴ Butzer y Campbell, 2008.
- ¹⁵ OMS, 2010.
- ¹⁶ Sobel y Ornstein, 2000; Baur y Crooks, 2010; OMS, 2010.

- ¹⁷ Conrad y Milburn, 2002; Link y Copeland, 2008.
- ¹⁸ Mendez, 2000; Beverly Whipple, 2006; Weeks, 2010; Beck, 2011.
- ¹⁹ Kirshenbaum, 2011.
- ²⁰ Beck, 2011.
- ²¹ Helen Fisher, 1994, 2004.
- ²² Alexander, 2009; Beck, 2011.

Capítulo V

- ¹ Kaplan, 1987, 1995; De la Gándara y Puigvert, 2005; Barrios, 2006; Caudillo y Cerna, 2007.
- ² Hernández, 2002; Petri y Govern, 2006; Bustamante, 2007.
- ³ Wilson, 2004; Balon, 2008; Ben-Zeév, 2008; Bancroft, 2010; Caccioppo et al., 2012.
- ⁴ Masters y Johnson, 1966; Kaplan, 1979; Basson, 2005, 2009; Caudillo y Cerna, 2007; Cabello Santamaría, 2007; Schnarch, 2009.
- ⁵ Levine, 1984, 1987.
- ⁶ Salgado, 2004.

Capítulo VI

- ¹ Maturana, en Elkaïm, 1998.
- ² De la Gándara y Puigvert, 2005; Barrios, 2006; Caudillo, 2007; Cabello, 2007; Balón y Segraves, 2009.
- ³ Fuera del criterio estadístico, existe el filogenético, moral, legal, de consenso social, clínico y de salud mental.
- ⁴ Versión DSM 5.
- ⁵ Barrios, 2006; Baur y Crooks, 2010; Rampolla, 2011.
- ⁶ Gindin, 2005.
- ⁷ Passini, 1992.
- ⁸ McCarthy, 2009.
- ⁹ Klusmann, 2006.
- ¹⁰ Extraído de Gindin, 2005, p. 206.

- ¹¹ Kaplan, 1995; Mora, 2006; Bancroft, 2010.
- ¹² Coddou, Méndez y Maturana, 1995.

Capítulo VII

- ¹ El CIE es el manual más utilizado en Europa.
- ² Cabello, 2007; Balón y Segraves, 2009; Bancroft, 2009; Baur y Crooks, 2010; Edlin y Golanty, 2011.
- ³ Martín-Morales, 2005.
- ⁴ No se considera anorgasmia si la mujer logra alcanzar el orgasmo mediante la masturbación o la estimulación clitoral de su pareja.
- ⁵ En el DSM-V se combinó la dispareunia y el vaginismo en el Trastorno de Dolor Penetración Genito-Pélvico.
- ⁶ Kaplan, 1979; Sandra R. Leiblum y Raymond C. Rosen, 1979.
- ⁷ Balon, 2009; Bancroft, 2010; Basson, 2009.
- ⁸ Un supuesto trastorno cuantitativo de libido excesiva se agrupa bajo el diagnóstico de Deseo Sexual Hiperactivo y se lo conoce como hiperestesia sexual, hipersexualidad, hiperlibidinosi, adicción sexual o adicción compulsiva sexual.
- ⁹ Fagan, 2003; Salgado, 2004; Cabello, 2007; Balon, 2008; Bancroft, 2009; Balon y Segraves, 2009; Brotto, 2010; Levine et al., 2010.
- ¹⁰ Segraves, 2007.
- ¹¹ Caldiz, 2010.
- ¹² Basson, 2006; Klusmann, 2006.
- ¹³ King, Holt y Nazareth, 2007, citados por Brotto, 2009.
- ¹⁴ Beck, 1991; Brotto, 2009.
- ¹⁵ Levine, 2010.
- ¹⁶ Segraves y Segraves, 1991.
- ¹⁷ Matesanz, 2003.
- ¹⁸ Aunque la Aversión al Sexo fue eliminada del DSM-V, consideramos que para nuestro tema era necesario mencionarla.

Capítulo VIII

- ¹ Weiner-Davis; 2008.
- ² De la Gándara y Puigvert, 2005; Balon y Segraves, 2009; Leiblum, 2010; Carpenter y DeLamater, 2012.
- ³ Laumann et al., 1999, 2005; encuesta realizada por la Fundación Futuro citada en Palma, 2006.
- ⁴ Spector y Carey, 1990.
- ⁵ Balon y Segraves, 2009.
- ⁶ Rosenzvaig, 1994; Politzer y Weinstein, 1999; Luco, citado por *El Mercurio*, 2004; Jarpa, 2009.
- ⁷ Gindin, 2005.
- ⁸ Seoane, 2008.
- ⁹ Levine, 2010.
- ¹⁰ Najman et al., 2003.
- ¹¹ Laumann et al., 1999, 2005; McCarthy, 2009.
- ¹² Weiner, 2009; McCarthy, 2003.
- ¹³ McCarthy y McCarthy, 2003; Laumann et al., 1999.

Capítulo IX

- ¹ DSM-5; De la Gándara y Puigvert, 2005; Leiblum, 2007; Balon, 2009; Levine, 2010.
- ² Kaplan, 1995.
- ³ Levine, 2010.

Capítulo X

- ¹ Maurice, 1999; Weeks, 2005; Levine, 2010.
- ² Maurice, 1999.
- ³ Reza la anécdota que, de visita en una granja, a la esposa del presidente Coolidge le cuentan que un gallo puede copular varias veces todos los días. Ella pide que se lo informen al

presidente, a lo que Coolidge responde preguntando: «¿Los gallos copulan siempre con una misma gallina?». «No, señor presidente», le responden. «Por favor, comuníquenselo a la Sra. Coolidge.»

- ⁴ Brown, 1974; Hergenhahn y Olson, 2003; Ryan, 2008.
- ⁵ Jamesoness, 2010.
- ⁶ Si la pareja se entera, generalmente lo considera un engaño. Y peor aún si ese hombre que satisface sus necesidades sexuales con una extraña, es el mismo que le ha dicho antes que no siente deseo sexual y que evita tener relaciones con ella.
- ⁷ Brotto, 2010.
- ⁸ Mars, 1997; Meier, 2003; Powell, 1990; Poissant, 1992; Bustos, 1992.
- ⁹ Mellody, 1992, 2006.
- ¹⁰ Stenberg, 1990, 2000; Pasini, 1992, 2008.
- ¹¹ Bruno, 2008; Campusano, 2001, 2009.
- ¹² Schnarch, 2010; Bauman, 2005.
- ¹³ Sabatini, 2006.
- ¹⁴ Molina, 1995; Casanova, 1974; Soller, 2010.
- ¹⁵ Romi, 2004; Flem, 1998.
- ¹⁶ Matesanz, 2003, 2006.
- ¹⁷ En referencia al episodio bíblico en que Sara, creyéndose ya muy vieja para concebir, incita a Abraham a que deje embarazada a la esclava egipcia Agar. Pero cuando milagrosamente Sara pudo engendrar a Isaac, el patriarca se sintió obligado a expulsar de su tribu a Agar y a su hijo Ismael, con las consecuencias que todos conocemos. Choisy, 1952.
- ¹⁸ Ostermeys, 1979; Barbach y Geisinger, 1993; Piorkowski, 1994; Pasini, 2002; Jamesoness, 2010; Kirshenbaum, 2011.
- ¹⁹ Bowlby, 1982; Schnarch, 2009, 2010; Berkowitz y Yager, 2010.
- ²⁰ En Pasini, 1992.

Capítulo XI

- ¹ Entrevista realizada a Joseph LeDoux, en Meyer, 2010; Henslin, 2010; Horstman, 2011.
- ² Stoléru y Mouras, 2003; Stoléru et al., 2003.
- ³ Conrad y Milburn, 2002; Hernández, 2002; Meston y Buss, 2007; Bancroft, 2010; Moalem, 2010.
- ⁴ Barberá, 2002; Hernández y Ramos, 2002; Schultz y Schultz, 2002; Vigotsky, 2004; Mayor y Tortosa, 2005; Soriano y Guillazo, 2007; Meyer, 2010.
- ⁵ Pinker, 2004; De Waal, 2007; Meston y Buss, 2007; Plomin et al., 2008; Meyer, 2010; Sirigatti et al., 2011.
- ⁶ Horgan, 2001; Pinker, 2004; Rabossi, 2004; Acarín, 2005; Meyer, 2010.
- ⁷ Hull, 1943; Kimble, 1969; Hernández, 2002; Mayor y Tortosa, 2005; Petri y Govern, 2006.
- ⁸ Maslow, 1943, 1991, 1995.
- ⁹ Álvarez, 2009.
- ¹⁰ Lameiras y Faílde, 2000; Panksepp, 2004; Gismero y Godoy, 2005; Godoy, 2006; Goleman y Dalai Lama, 2005; Álvarez, 2009; Meyer, 2010.
- ¹¹ Teoría James-Lange. Ver: Barberá, 2002; Vigotsky, 2004; Soriano y Guillazo, 2007; Bear et al., 2008; Smith, 2011; Sirigatti et al., 2011.
- ¹² Sitigatti et al., 2011.
- ¹³ Antonio Damasio hace una interesante distinción al llamar *emoción* a la respuesta de la primera ruta y *sentimiento* a la de la segunda; en Damasio, 1996.
- ¹⁴ LeDoux, 2010, p. 252.

Capítulo XII

- ¹ Como sabrán, el cerebro regula el funcionamiento de todos los centros nerviosos y controla desde los movimientos, aprendizaje, memoria, cogniciones, creatividad y las funciones homeostáticas

- (latidos, temperatura corporal), hasta nuestras emociones, motivaciones, sexualidad y comportamientos, siendo una «bodega» de gran capacidad de almacenaje y procesamiento.
- ² Involucran múltiples núcleos neuronales y circuitos cerebrales que conectan la neocorteza prefrontal con los centros emocionales ubicados en las regiones más profundas del cerebro. Alcaraz, 2001; Amen, 2007; Bustamente, Soriano y Guillazo, 2007; De la Torre, 2008; Pfaus, 2009; Zimmer, 2009; Henslin, 2010; Horstman, 2011.
 - ³ Entre los cerebros atingentes a nuestro tema está el femenino, masculino, erótico, sexual, del amor, emocional, motivacional y social. Goleman, 1996; Fisher, 2004; Gardner, 2006; Tobeña, 2006; Brizendine, 2007, 2010.
 - ⁴ Por lo general, la investigación del cerebro humano es algo complejo, ya que debemos observar el área específica que queremos evaluar mientras se encuentra en pleno funcionamiento, lo que explica en parte que los resultados obtenidos gracias a la neurociencia y las técnicas de imagenología sean relativamente nuevos.
 - ⁵ El que está localizado en la región hipotalámica-preóptica. Yendo un tanto más al detalle, la sexualidad en los humanos implica no solamente la activación de regiones subcorticales del cerebro, sino que, tras hallazgos recientes, se constató que las regiones que se iluminaban durante una experiencia sexual estaban en el fondo vinculadas con algunas de las formas más complejas de nuestra actividad encefálica. Ortigue y Bianchi-Demicheli, 2008.
 - ⁶ El sistema límbico sería un sistema de comunicación que cumple con múltiples funciones vitales asociadas, por ejemplo, a la nutrición, atención, aprendizaje, memoria, comportamientos instintivos (incluyendo los sexuales), personalidad y conducta.
 - ⁷ Las sensaciones genitales van vía tálamo a proyectarse a las áreas del placer, haciéndose conscientes en la corteza; mientras que el hipotálamo regula los procesos físicos automáticos y comanda,

a través de la hipófisis, el Sistema Nervioso Autónomo (SNA). Dentro de los núcleos hipotalámicos, el cuerpo estriado, en su conjunto, controla tanto el deseo sexual como el amor. Stephanie Cacioppo, 2012.

- ⁸ La información entrante a través de los órganos de los sentidos llega dos veces más rápido a la amígdala que a los lóbulos frontales.
- ⁹ Si bien tanto en humanos como en animales se activan las mismas zonas del cerebro frente a estímulos sexuales, la amígdala es la única estructura que puede activarse solo en nosotros, reflejando la importancia de las emociones en la sexualidad humana. Holstege, 1991; Rubia, 2001.
- ¹⁰ Asimismo, también debe desactivarse la corteza cerebral frontal y prefrontal, lo que disminuye el juicio crítico respecto de la otra persona y sus intenciones, así como el relativo a nuestra propia conducta.
- ¹¹ A pesar de que las redes neuronales que participan en la aparición del deseo sexual son tan intrincadas que se conocen solo vaga y especulativamente, en los últimos años se ha postulado la existencia de una interface entre los mecanismos mentales y los procesos fisiológicos periféricos. Pero ello no implicaría una causalidad *per se*, sino una correlación entre dos aspectos de una misma realidad unitaria. Por ejemplo, si bien la apetencia se activa ante estímulos sensoriales, especialmente visuales, no serían los ojos los que le dicen a nuestro cerebro cuál es el tipo de persona que nos es atractiva, sino que es nuestro cerebro el que instruye a nuestros ojos sobre qué tipo de persona nos es sexualmente deseable. Stoléru y Mouras, 2003; Stoléru et al., 2003; Stoléru et al., 2012.
- ¹² Estas regiones eran: la corteza temporal-occipital, la corteza orbitofrontal derecha (asociada al componente emocional y motivacional), la corteza cingulada anterior, la ínsula derecha y el núcleo caudado derecho.
- ¹³ Los sujetos pudieron impedir que se activaran las áreas límbicas subcorticales. Beauregard et al., 2001.

- ¹⁴ Levine, 1984; Bancroft y Reinisch, 1991; Crooks y Baur, 2000; Amen, 2007; Balon, 2008; Cao, 2009; Colgan, 2009; Henslin, 2010.
- ¹⁵ Los NT son una especie de sensores que notan cuando nuestro cuerpo necesita comida, sexo, sueño u otros. A través de los NT el hipotálamo le ordena a la glándula pituitaria estimular los órganos reproductores, que son los que secretan las hormonas correspondientes al torrente sanguíneo. Entonces, cuando los NT detectan la presencia de dichas hormonas, se activan.
- ¹⁶ Pfaus y Phillips, 1991; Young, 2005; Marazziti, 2009; Pfaus, 2009; Romi, 2009; Weiner-Davis, 2009; Guevarra, 2010; Henslin, 2010; Moalem, 2010.
- ¹⁷ Pero tiene que haber un equilibrio entre la DA y la serotonina, ya que si domina demasiado la DA se puede desembocar en un caos atencional y si lo hace la serotonina, lo racional puede desplazar al deseo.
- ¹⁸ Especialmente el DSM, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
- ¹⁹ Basson, 2002, 2005; Conrad y Milburn, 2002; Perel, 2007; Günzler et al., 2008; Laan et al., 2008; Mitchell y Graham, 2008; Pinker, 2008; Brotto, 2009, 2010; Bancroft, 2010; Caldiz, 2010.
- ²⁰ Buss, 1995; Liaño, 2000; MacGeorge, 2004; Hyde, 2005; Bren, 2005; Cahill, 2005; Hyde, 2005; Vidal, 2007.
- ²¹ Entonces, cuando la testosterona penetra en las neuronas, esta se va convirtiendo en estradiol, estrógeno que masculiniza el cerebro. Vale decir, la hormona que cumple esta función en el cerebro es, finalmente, una hormona femenina.
- ²² Brizendine, 2007, 2010.
- ²³ Se les activa rápidamente la corteza prefrontal medial.
- ²⁴ Fisher, 1994, 2004, 2006.
- ²⁵ Schnarch, 2009.
- ²⁶ Holstege, 1991; Baumeister, 2001; Gindin, 2005; Romi, 2009; Guevarra, 2010; Heiman, 2011.

- 27 La sangre fluye hacia el tallo cerebral, lo que permite la liberación de esta hormona.
- 28 Beck, 1995; Baumeister, 2001; Gindin, 2005; Giles, 2008; Janssen et al., 2008; Klusty, 2008; Pfaus, 2009; Romi, 2009; Guevarra, 2010; De Béjar, 2011; Dixit, 2011; Golanty, 2011.
- 29 Baumeister, 2001.
- 30 Bancroft, 2003; 2010.
- 31 Entre los factores que han contribuido al avance de la libertad sexual, Fisher menciona el predominio de la vida urbana, la disminución del analfabetismo, el desarrollo de la educación, una mayor independencia económica, el aumento de las tasas de divorcio, la reducción del tamaño de las familias y la influencia de los medios de comunicación. Fisher, 1994, 2006.
- 32 Según la psicología evolutiva, esta necesidad masculina de mirar tiene una explicación darwiniana, ya que mediante la vista notan signos de juventud, vigor y salud como formas de evaluar su fertilidad, seleccionando a la mujer en función de su belleza y juventud, supuestos indicadores externos de su capacidad reproductiva.
- 33 La autoestima es muy importante para el funcionamiento sexual de los hombres, especialmente en la fase del deseo sexual, ya que si esta decrece, disminuye también la testosterona y la serotonina. Mountané, 2001; Matesanz, 2003; Martín-Morales et al., 2005.
- 34 Basson, 2002, 2005, 2009.
- 35 Hirt, 2007.
- 36 Esta situación da a entender un cambio en la tendencia, ya que antes eran ellos quienes presionaban a la mujer a alcanzar el orgasmo buscando satisfacer su ego.
- 37 Fernández, 2003; Smith, 2006; Jarpa, 2009.
- 38 Chapman y Chapman, 2004; Perel, 2007; Penner, 2011.

Capítulo XIII

- 1 Tennov, 1999; Donnelly, 2003; Brenot, 2005; Lauster, 2006; Arce, 2008; Baur y Crooks, 2010.

- ² Gallotti, 2005.
- ³ Mitchell, 1993.
- ⁴ Perel, 2007.
- ⁵ Caillé, 1992; Bowen, 1979.
- ⁶ Ortigue, 2010; Ben-Zeév, 2008.
- ⁷ Kaplan, 1995.
- ⁸ Stoléru et al., 2003.
- ⁹ Fisher, 2006; Gonzaga et al., 2006; Baur y Crooks, 2010; Berman, 2010; Guevarra, 2010; Henslin, 2010; Horstman, 2011; Cacioppo et al., 2012.
- ¹⁰ Young, 2005.
- ¹¹ Ortigue, 2010.
- ¹² CIS, 1995; Tennov, 1999; Baur y Crooks, 2010.
- ¹³ Cacioppo et al., 2012.
- ¹⁴ Entre estas, la biología, la antropología, la psicología y la psiquiatría.
- ¹⁵ Berscheid y Regan, 2005; Fisher, 2006; Marazziti, 2009.
- ¹⁶ Ortigue, 2010; Cacioppo et al., 2012.
- ¹⁷ Birchler, Weiss y Vincent, 1975; Gottman et al., 1976.
- ¹⁸ Bozman y Beck, 1991; Kaplan, 1995; Janssen y Bancroft, 2006; Keesling, 2006; Klusty, 2008; Edlin y Golanty, 2011; Horstman, 2011.

Capítulo XIV

- ¹ En Meyer, 2010, p. 448.
- ² Citados por Marc Jeannerod, en Meyer, 2010.
- ³ Cofer, 1984; DeCatanzaro, 2001; Petri y Govern, 2006; Palmero et al., 2008; Álvarez, 2009.
- ⁴ Buck, 1988.
- ⁵ La inteligencia emocional es definida como el conjunto de ciertas metahabilidades que no son innatas, como el conocimiento de las propias emociones, la capacidad para controlar las propias emociones, la capacidad de motivarse a sí mismo, el reconocimiento de las

emociones ajenas y el control de las relaciones. Goleman, 1996; Barberá, 2002.

⁶ Damasio, 1996; Meyer, 2010.

⁷ Masters, Johnson y Kolodny, 1987; Gómez-Zapiain, 1997; Ben-Zeév, 2008; Volkmar y Grau, 2008; Sirigatti et al., 2011.

⁸ De la Torre, 2008.

⁹ Everaerd et al., 2001; Salgado, 2004; Ben-Zeév, 2008; Burger, 2011.

¹⁰ Lazarus y Folkman, 1984; Stratakis y Chrousos, 1995; Rabossi, 2004; Vigotsky, 2004; Mayor y Tortosa, 2005; Colbert, 2006; Álvarez, 2009.

¹¹ Rubia, 2000.

¹² Goleman, 1996; Álvarez y Trápaga, 2005; Amen, 2007; Gil, 2007; Janssen, 2007; Soriano y Guillazo, 2007; Balon, 2008; Álvarez, 2009.

¹³ Velásquez, 2000; Goleman y Dalai Lama, 2005; Dalai Lama, 2010.

¹⁴ En Meyer, 2010, p. 254.

¹⁵ El eje hipotalámico-pituitario-hipófiso-adrenal.

¹⁶ El GABA es el neurotransmisor más extendido dentro del cerebro. Su función inhibitoria frena la transmisión de los impulsos nerviosos provenientes de los neurotransmisores excitatorios que generan ansiedad e impide que se nos agote el sistema. Es decir, el GABA se libera para recuperarnos del estrés y poder mantener el sistema de alerta bajo control, favoreciendo la relajación y el sueño.

¹⁷ Plutchik, 1980; Goleman, 1996, 1997; Vigotsky, 2004; Petri y Govern, 2006; Cao, 2009; Smith, 2011.

¹⁸ LeDoux, 1999, 2003.

¹⁹ Barberá, 2002.

²⁰ Damasio, 1999.

²¹ Romi, 2009.

²² LeDoux, 2010, pp. 254-255.

²³ Goleman, 2006.

²⁴ Weeks, 2005.

²⁵ Wetzler, 1993.

Capítulo XV

- ¹ Rainie, 2011.
- ² Sponsel, 2002; Sigusch, 2006; Riley y May, 2006; Leiblum y Raymond, 2007; Balón y Segraves, 2009; Bancroft, 2009.
- ³ Berkowitz y Yager-Berkowitz, 2008.
- ⁴ Kaplan, 1995.
- ⁵ Bancroft, 2003, 2009, 2010.
- ⁶ Goleman, 1996, 2005.
- ⁷ Romi, 2009.
- ⁸ Pfau, 2011.
- ⁹ Stoléru y Maurás, 2003; Stoléru et al., 2012.
- ¹⁰ Weeks y Winters, 2005.
- ¹¹ Beck y Bozman, 1995; Kaplan, 1995.
- ¹² Schnarch, 1991, 2009, 2010.
- ¹³ Stoléru et al., 2003.
- ¹⁴ Rellini et al., 2005; Janssen, 2007; Janssen et al., 2008; Klusty, 2008.
- ¹⁵ Reeves, 2008; Herbenick et al., 2010.
- ¹⁶ Ratey, 2002; Álvarez y Trápaga, 2005; Soriano y Guillazo, 2007; Rabossi, 2004; Bear et al., 2008; Doidge, 2008.
- ¹⁷ Baumeister, 2001, 2009; Benuto, 2011.
- ¹⁸ Doidge, 2008.
- ¹⁹ Entrevista a LeDoux, en Meyer, 2010.
- ²⁰ Maturana, 1995.
- ²¹ Acarín, 2001; Weiten, 2006; Doidge, 2008.
- ²² Dudel et al., 2001; Doidge, 2008; Purves et al., 2011.
- ²³ Janssen, 2007; Balón, 2008; Bancroft, 2010.
- ²⁴ Bancroft y Janssen, 2000, 2006; Hrovat, 2005.

Epílogo

- ¹ *Culture-bound syndromes.*
- ² Gordon, 1994, en Gismero, 2003, p. 29.

- ³ Gordon, 1994; Gracia, 2002, en Gismero, 2003, 2004.
- ⁴ Pero no se trata en absoluto de que la presencia de esta combinación particular de eneatis tipos esté implicando que esas dos personas sean incompatibles, sino que detrás de cada síntoma o conflicto específico de pareja probablemente subyace una determinada amalgama de personalidades con su propio camino de solución.
- ⁵ Un dato muy interesante es que casi no hemos visto problemas de bajo deseo en el hombre en aquellas parejas que pelean de forma abierta y relativamente seguido.
- ⁶ Nosotros utilizamos habitualmente las ideas irracionales de Ellis a modo de instrumento terapéutico. Ellis, 1962; Ellis y Russell, 1977; Godoy H., 2010.
- ⁷ Los desencuentros de pareja son más la norma que la excepción y los problemas pueden reflejarse en algún síntoma (físico o psíquico), el cual está asociado a la historia de esa relación. Si consulta alguien, por ejemplo, por una depresión, consideramos el rol de la pareja en el origen y sobre todo en la mantención del desorden; pero sin juzgar si es «la persona» o «su pareja» la que «provoca» o es la «culpable» de tal síntoma o crisis. Tampoco enjuiciamos si una relación de pareja es inviable o no, pues no solamente no creemos que ello exista, sino que además no asumimos el papel de dioses ni estimamos que sea nuestra labor el calificarla como tal. Lo único que nos compete es la comprensión de lo que sucede en esa relación en particular con miras a ayudarlos en su proceso de recuperación.
- ⁸ Elkaïm, 1998.
- ⁹ Wiener-Davis, 2009.
- ¹⁰ Méndez, Coddou y Maturana, en Maturana, 1995.
- ¹¹ Schnarch, 2009, 2010.
- ¹² Castro, 2004.
- ¹³ Dispenza, 2012.

BIBLIOGRAFÍA

- Acarín, Nolasco, *El cerebro del rey. Vida, sexo, conducta, envejecimiento y muerte de los humanos*, Barcelona, RBA-Bolsillo, 2005.
- Alcaraz Romero, Víctor Manuel, *Texto de neurociencias cognitivas*, México D.F., El Manual Moderno, 2001.
- Alexander, Brian, *America Unzipped: In Search of Sex and Satisfaction*, N.Y., Broadway Books, 2009.
- Álvarez, Miguel Ángel; Trápaga, Miriam, *Principios de neurociencias para psicólogos*, Buenos Aires, Paidós, 2005.
- Álvarez, Miguel Ángel, *Datos blandos para ciencias duras. El camino de la psicología a las neurociencias*, Buenos Aires, Paidós, 2009.
- Amen, Daniel, *The Brain in Love*, New York, Random House, 2007.
- Arce, Pilar, *La escalera del desamor*, Madrid, Visión Libros, 2008.
- Arndt, Bettina, *What Men Want in Bed*, Melbourne University Publishing, Carlton, 2010.
- Balon, Richard, Sexual Dysfunction. The brain-body connection, *Adv Psychosom Med.*, Basel, Karger, 2008, Vol. 29, 7-22.
- Balon, Richard; Segraves, Robert Taylor, *Clinical Manual of Sexual Disorders*, Vancouver, Amer Psychiatric Pub Incorporated, 2009.

- Bancroft, John, Sexual Desire and the Brain Revisited, *Sexual and Relationship Therapy*, Vol. 25, Issue 2, 2010, 166-171.
- , *Human Sexuality and Its Problems*, London, Elsevier Health Sciences, 2009.
- Barbach, Lonnie; Geisinger, David, *Going the Distance*, New York, Plume, 1993.
- Barberá, Ester, Modelos explicativos en psicología de la motivación, *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, May 5(10), 2002.
- Barrios, David, *En las alas del placer*, México D.F, Pax, 2006.
- Basson, Rosemary, Women's Sexual dysfunction: revised and expanded definitions, *Canadian medica Association Journal*, May 10, 2005, 172(10), 1327-33.
- , Desire in Women: Does it lead to sex? Or result from it? Desire may result from sex, not cause it, July 15, 2009, Psychology Today's Blog.
- Bauman, Zygmunt, *Amor líquido*, Madrid, Fondo de Cultura Económica, 2005.
- , *Miedo líquido*, Barcelona, Paidós Ibérica, 2007.
- Baumeister, Roy, Is there a gender difference in strength of sex drive? Theoretical views, conceptual distinctions, and a review of relevant evidence, *Personality and Social Psychology Review*, Vol. 5(3), 2001, 242-273.
- Baumeister, Roy; Bushman, Brad, *Social Psychology and Human Nature*, Belmont, Thomson, 2009.
- Baur, Karla; Crooks, Robert, *Our Sexuality*, Belmont, Cengage Learning, 2010.
- Bear, Mark; Connors, Barry; Paradiso, Michael, *Neurociencias*, Barcelona, Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
- Beauregard, M.; Levesque, J.; and Bourgouin, P., Neural correlates of conscious self-regulation of emotion, *The Journal of Neuroscience*, 15 September 2001, 21(18).
- Beck J. Gayle; Bozman Alan W.; Qualtrough, T., The experience of sexual desire: Psychological correlates in a college

- sample, 1991, *The Journal of Sex Research* (impact factor: 2.53), 08/1991, 28, 443-456.
- Beck, J. Gayle; Bozman, Alan, Gender differences in sexual desire: The effects of anger and anxiety, *Archives of Sexual Behavior*, December, 1995, Vol. 24, Issue 6, 595-612.
- Beck, Melinda, The joy of researching the health benefits of sex, *Health Journal*, www.wsj.com, May 3, 2011.
- Beck, Ulrich, *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*, Barcelona, Paidós, 2006.
- Benjamin, Jessica, *The Bonds of Love*, Michigan, Pantheon Books, 1988.
- Benuto, Lorraine, *Exploring Erotic Plasticity as an Individual Difference Variable*, ProQuest, UMI Dissertation Publishing, 2011.
- Ben-Zeév, Aaron, Is sexual desire an emotion?, www.psychologytoday.com, November 28, 2008
- Berkowitz, Bob; Yager-Berkowitz, Susan, *Why Men Stop Having Sex: Men, the Phenomenon of Sexless Relationships*, Harper Collins Reprint, 2008.
- , Key facts: Low sexual desire in men, Why men stop having sex, <http://www.sexologyaustralia.com.au/articles/malesexualdesire>, June 11, 2010.
- Berman, Laura, *The Book of Love*, London, DK Publishing, 2010.
- Berscheid, Ellen; Regan, Pamela, *The Psychology of Interpersonal Relationship*, Michigan, Pearson Prentice Hall, 2005.
- Bowen, *De la familia al individuo*, Barcelona, Paidós, 1979.
- Bowlby, J., *Attachment and Loss*, Vol. 1. *Attachment*, New York, Basic Books, 1982.
- Bren, Linda, Does sex make a difference?, *FDA Consum*, Jul-Aug 2005, 39(4), 10-5.
- Brenot, Philippe, *El sexo y el amor*, Barcelona, Paidós, 2005.
- Brizendine, Louann, *El cerebro femenino*, Barcelona, RBA, 2007.
- , *El cerebro masculino*, Barcelona, RBA, 2010.

- Brotto, Lori, The DSM Diagnostic Criteria for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women, American Psychiatric Association 2009.
- Hergenhahn, B. R.; Olson, Matthew H., *An Introduction to Theories of Personality*, Upper Saddle River, N.J., Prentice Hall, 2003, 396-397.
- Bruno, Sergio, *Discapacit-andros*, Buenos Aires, Candelero, 2008.
- Brunner, Brenda, *Low-Sex Marriages*, USA, ProQuest, 2008.
- Bürger, Britta, *Der lustlose Man*, 2011.
- Buss, Arnold; Plomin, Robert, *El desarrollo de la personalidad, una perspectiva temperamental*, Madrid, Marova, 1980.
- Bustamante, Ernesto, *El sistema nervioso: desde las neuronas hasta el cerebro humano*, Medellin, Universidad de Antioquía, 2007.
- Bustamante, José, Deseo sexual hipoactivo en el hombre, www.discasex.es, 13 de diciembre de 2007.
- Bustamante, Gabriela, Los diez errores que los hombres cometen a la hora del sexo, abril de 2012, www.cambio21.com.
- Bustos, Dalmiro, *Peligro... amor a la vista*, Buenos Aires, Paidós, 1992.
- Butzer, Bethany; Campbell, Lorne, Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples, *Personal Relationships*, Vol. 15, Issue 1, 141-154, March 2008.
- Byers, E. Sandra, Relationship satisfaction and sexual satisfaction: A longitudinal study of individuals in long-term relationships, *The Journal of Sex Research*, Vol. 42, No. 2, 113-118, May, 2005.
- Cabello Santamaría, Francisco, *Introducción a la sexología clínica*, Madrid, Elsevier, 2007.
- Cacioppo, Stephanie; Bianchi-Demicheli, Francesco; Frum, Chris; Pfaus, James; Lewis, James, The common neural

- bases between sexual desire and love: A multilevel kernel density fMRI analysis, *The Journal of Sexual Medicine*, Vol. 9, Issue 4, 2012.
- Cahill, Lawrence, El cerebro de él, el cerebro de ella, *Aperturas Psicoanalíticas* N° 21, 5 de diciembre de 2005.
- Caillé, Philippe, *Uno más uno son tres: la pareja revelada a sí misma*, Barcelona, Paidós, 1992.
- Caldiz, Laura, *Consideraciones acerca de los diagnósticos en sexualidad femenina*, FLASSES, 2010.
- Campuzano, Mario, *La pareja humana: su psicología, sus conflictos, su tratamiento*, México D.F., Plaza y Valdés, 2001.
- Campuzano, Mario, La posmodernidad y su influencia en los individuos, los conjuntos sociales, la psicopatología y el psicoanálisis, *Vínculo*, Vol. 1, N° 6, junio-sin mes, 2009.
- Cao Vázquez, Roberto, *La química del amor y del buen sexo*, México D.F., Alfaomega Grupo Editor, 2009.
- Capponi, Ricardo, *El amor después del amor: el camino al amor sexual estable*, Santiago, Grijalbo, 2004.
- Carpenter, Laura; DeLamater, John, *Sex for Life: From Virginity to Viagra, How Sexuality Changes Throughout Our Lives*, New York, NYU Press, 2012.
- Carvallo Ponce, Pedro, Género, posmodernismo y relaciones internacionales. La identidad femenina en el discurso de las organizaciones internacionales, *CONfines* 2/3, enero-mayo, 2006.
- Casanova, Giacomo, *Autobiografía amorosa*, México D.F., Diana, 1974 (original de 1798).
- Castaño, Rosario, El sexo en la sociedad posmoderna, <http://www.institutopalacios.com>, 6 de mayo de 2011.
- Castro, Inés, *La pareja actual: transición y cambios*, Buenos Aires, Lugar, 2004.
- Caudillo, Carlos; Cerna, María Antonia, *Sexualidad y vida humana*, México D.F., Universidad Iberoamericana, 2007.

- Chapman, Gary D.; Chapman, Gary, *El matrimonio: pacto y compromiso*, Colombia, B&H Publishing Group, 2004.
- Coddou, Fernando; Méndez, Carmen Luz; Maturana, Humberto, La constitución de lo patológico, en Maturana, *De la biología a la psicología*, 1995.
- Cofer, Charles, *Motivación y emoción*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1984.
- Colgan, Michael, *La salud hormonal*, Málaga, Sirio, 2009.
- Conrad, Sheree; Milburn, Michael, *Inteligencia sexual*, Barcelona, Planeta, 2002.
- Crooks, Robert; Baur, Karla, *Nuestra sexualidad*, México D.F., Cengage Learning Editores, 2000.
- Cyrułnik, Boris, entrevista, *El Mercurio*, 17 de febrero de 2009, María Cristina Jurado.
- Dalai Lama, *La meditación paso a paso*, Barcelona, Grijalbo, 2010.
- Damasio, Antonio, *El error de Descartes: la razón de las emociones*, Santiago, Andrés Bello, 1996.
- De Béjar, Sylvia, *Deseo*, Barcelona, Planeta, 2011.
- DeCatanzaro, Denys, *Motivación y emoción*, Madrid, McGraw Hill, 2001.
- De la Gándara, Jesús José; Puigvert, Ana, *Sexualidad humana: una aproximación integral*, Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2005.
- De la Torre, Javier, *Sexo, sexualidad y bioética*, Madrid, Universidad Pontificia Comillas, 2008.
- Díaz, Esther, La posmodernidad y el desarraigo de Eros. Este texto fue expuesto de manera oral en las Jornadas de Mitologías y Diálogo Interreligioso, organizadas por la Academia del Sur y Editorial Biblos, realizadas en el Centro Cultural Borges, Buenos Aires, el 24 de abril de 1999.
- Díaz, Esther, *Posmodernidad*, Buenos Aires, Biblos, 2005.
- Dixit, Jay, Myths about low sexual desire, www.psychologytoday.com, febrero 2008 y revisado en 2011.

- Doidge, Norman, *El cerebro se cambia a sí mismo*, Santiago, Aguilar, 2008.
- Donnelly, Denise, Sexually inactive marriages, *Journal of Sex Research* 30(2), 171-79, 2003.
- Dispenza, Joe, *Deja de ser tú. La mente crea la realidad*, Barcelona, Ediciones Urano, 2012.
- Dudel, Josef; Menzel, Randolph; Schmidt, Robert, *Neurowissenschaft: von Molekül zur Kognition*, Heidelberg, Springer DE, 2001.
- Edlin, Gordon; Golanty, Eric, *Human Sexuality: The Basics*, Sudbury, Jones & Bartlett Publishers, 2011.
- Elkaïm, Mony, *La terapia familiar en la transformación*, Buenos Aires, Paidós, 1988.
- Ellis, Albert, *Rational-Emotive Therapy*, New York, Lyle Stuart, 1962.
- Ellis, Albert; Grieger, Russell, *The Handbook of Rational-Emotive Therapy*, New York, Springer, 1977.
- Escobar, Arturo, Corporación Región, ed., *Planeación, participación y desarrollo*, Medellín, Corporación Región, 2002, pp. 9-32.
- Everaerd, W.; Laan, Ellen; Both, Stephanie, *Sexual Appetite, Desire and Motivation: Energetics of the sexual system*, Amsterdam, Royal Netherlands Academy of Arts and Sciences, 2001.
- Fagan, Peter Jerome, *Sexual Disorders: Perspectives on Diagnosis and Treatment*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2003.
- Fernandez, Mauro, La frecuencia de las relaciones sexuales. La ley de Fisher, <http://www.geosalud.com/sexologia/fisher.htm>, GeoSalud, diciembre, 2003.
- Fisher, Helen, *Why We Love: The nature and chemistry of romantic love*, New York, Henry Holt and Company, 2004.
- Fisher, Helen, Helen Fisher nos habla del por qué amamos y engañamos, video desarrollado por TED Ideas Worth Spreading, www.ted.com, diciembre, 2006.

- Fisher, Robert, *El caballero de la armadura oxidada*, Barcelona, Obelisco, 1998.
- Flem, Lydia, *Casanova: el hombre que de verdad amaba a las mujeres*, Buenos Aires, Ediciones La Flor, 1998.
- Fuchs, Thomas; Dörr, Otto, La sexualidad en la era técnica: paradojas y contradicciones, *El Mercurio*, 13 de noviembre de 2011.
- Gallotti, Alicia, *Placer sin límites*, Barcelona, Martínez Roca, 2005.
- Gardner, Howard, *Multiple Intelligences: New horizons*, USA, Basic Books, 2006.
- Giddens, Anthony, *La transformación de la intimidad*, Madrid, Cátedra, 1992.
- Giles, James, *La naturaleza del deseo sexual*, New York, University Press of America, 2008.
- Gindin, León Roberto, *La nueva sexualidad del varón*, Buenos Aires, Norma, 2005.
- Gismero González, E.; Godoy Delard, M.A., Una aproximación constructivista a la anorexia nerviosa: ¿tienen sentido los síntomas?, *Revista de Psicoterapia*, Vol. XV, N° 58/59, 5-31, 2005.
- Godoy Haeberle, Alejandra, *Partnerbeziehung: Vorhandensein des Sexismus und seine Konsequenzen*, Tesis Doctoral Freien Universität Berlin, 1981.
- , Temperamento de los tipos de personalidad del Eneagrama: una aproximación, Documento inédito.
- , Emociones: ¿qué emerge primero, el pensamiento o la emoción?, blog Hablemos de Pareja y Sexualidad, 2006, reeditado en 2012.
- , Neurociencia afectiva y el resurgimiento de las ciencias del alma, blog Hablemos de Pareja y Sexualidad, 2006, reeditado en 2012.
- , Deseo Sexual Hipoactivo en hombres de 30 años, marzo de 2008, www.depsicoterapias.com.

- , Eneagrama y psicoterapia: algunas reflexiones, primera parte, blog Hablemos de Pareja y Sexualidad, 2008a.
- , Eneagrama y psicoterapia: algunas reflexiones, segunda parte, blog Hablemos de Pareja y Sexualidad, 2008b.
- , Teoría de las partes del alma: raíces históricas de los tres tipos de inteligencia, blog Hablemos de Pareja y Sexualidad, 2008c.
- , Mitos sexuales: el rol de los medios de comunicación, blog Hablemos de Pareja y Sexualidad, 2010.
- Golanty, Eric, *Human Sexuality: The Basics*, USA, Jones& Bartlett Learning, 2011.
- Goleman, Daniel, *Inteligencia emocional*, Barcelona, Kairos, 1996.
- Goleman, Daniel; Dalai Lama XIV, Emociones destructivas: cómo entenderlas y superarlas, Barcelona, Kairos, 2005.
- Gómez-Zapiain, *El deseo sexual como emoción*, Bilbao, Universidad del País Vasco, 1997.
- Gonzaga, Gian; Dacher Keltner, Margaret Altemus; Rebecca A. Turner, Belinda Campos, Romantic love and sexual desire in close relationships, *Emotion Journal*, Vol. 6, Issue 2, April 30, 2006, 163-179.
- Gonzales, Gustavo, Neuroendocrinología, *Revista Peruana de Endocrinología y Metabolismo*, 1999, 4 (2), 57-82.
- Gottman, John, *Why Marriages Succeed or Fail*, London, Bloomsbury Publishing, 2007.
- , *A Couple's Guide to Communication*, Michigan, Research Press, 1976.
- Guevara, José Manuel, La fisiología del deseo, el sexo, el orgasmo y el amor en nuestros cerebros, manuelgross.bligoo.com, 25 de noviembre de 2010.
- Günzler, Cindy; Harms, Anja; Berner, Michael, Sexuelle Funktionsstörungen bei Frauen und Männern - Klassifikation, Ätiologie und therapeutische Optionen, *Psychiatrie und Psychotherapie* up2date, 2008, Vol. 2, N° 06, 389-404.

- Heller Agnes, Existencialismo, alienación, posmodernismo: los movimientos culturales como vehículos de cambio en la configuración de la vida cotidiana, en Agnés Heller y Ferenc Féher, *Políticas de la posmodernidad. Ensayos de crítica cultural*, Barcelona, Península-Ideas, 1989.
- Henslin, Earl, *This is your Brain in Love*, Nashville, Thomas Nelson Inc, 2010.
- Hergenhahn, B. R.; Olson, Matthew H., *An Introduction to Theories of Personality*, Upper Saddle River, N.J., Prentice Hall, 2003, 396-397.
- Hernández González, Marisela; Ma. Magdalena Ramos Tejeda, *Motivación animal y humana*, México D.F., UNAM, 2002.
- Hirt, Jean-Michel, *L'Insolence de L'Amour (Essais)*, Francia, Albin Michel, 2007.
- Holstege, Gert, *Role of the Forebrain in Sensation and Behavior*, Amsterdam, Elsevier, 1991.
- Horgan, John, *La mente por descubrir. Cómo el cerebro humano se resiste a la replicación, la medición y la explicación*, Buenos Aires, Paidós, 2001.
- Horstman, Judith, *The Scientific American Book of Love, Sex and the Brain*, Hoboken John Wiley & Sons, 2011.
- Hrovat, Mary, Reconceptualizing Sexual Arousal, <http://www.indiana.edu/~rcapub/v20n2/>, octubre de 2005.
- Hull, Clark, *Principles of Behavior*, Michigan, D. Appleton-Century Company, Incorporated, 1943.
- Hyde, J. S., The Gender Similarities Hypothesis, *American Psychologist*, 60, 581-592, 2005.
- Jamesoness, David, Male Hypoactive Sexual Desire Disorder – Summary and Conclusions, <http://www.basearticles.com/Art/63466/267/Male-Hypoactive-Sexual-Desire-Disorder-Summary-And-Conclusions.html>, agosto de 2010.

- Janssen, Erick; Bancroft, John, *The Dual Control Model: The role of sexual inhibition & excitation in sexual arousal and behavior*, Bloomington, Indiana University Press, 2006.
- Janssen, Erick, *The Psychophysiology of Sex*, Bloomington, Indiana University Press, 2007.
- Janssen, E.; McBride, K.; Yarber, W.; Hill, B.; Butler, S., Factors that influence sexual arousal in men: A focus group study, *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 37, N° 2, 2008, 252-265.
- Jarpa, Rodrigo, *Habla de sexo*, Santiago, Planeta, 2009.
- Kagan, Jerome, *Galen's Prophecy*, Massachusetts, Westview Press, 1994.
- Kagan, Jerome; Snidman, Nancy, *The Long Shadow of Temperament*, Massachusetts, Harvard University Press, 2004.
- Kaplan, Helen Singer, *Disorders of Sexual Desire*, New York, Simon & Schuster, 1979.
- , *Trastornos del deseo sexual. Nuevas ideas y técnicas en el campo de la terapia sexual*, Barcelona, Grijalbo, 1987.
- , *The Sexual Desire Disorders: Dysfunctional regulation of sexual motivation*, New York, Taylor & Francis Group, 1995.
- Keesling, Barbara, *Sexual Pleasure: Reaching New Heights of Sexual Arousal and Intimacy (Positively Sexual)*, USA, Hunter House Inc., 2006.
- Kernberg, Otto, *Relaciones amorosas: normalidad y patología*, New York, Paidós, 1995.
- Kimble, Gregory, *Condicionamiento y aprendizaje (Hilgard y Marquis)*, México D.F., Trillas, 1969.
- Kirshenbaum, Sheril, *The Science of Kissing: What our lips are telling us*, USA, Grand Central Publishing, 2011.
- Kleinplatz, Peggy, *Pecados sexuales: mitos sobre mitos*, <http://www.sexualidadsana.com.pe/principal/content/view/886/73/#.UkBLsLxfs7A>, 18 de junio de 2010.

- Laan, E.; van Driel, E. M.; van Lunsen, R. H., Genital responsiveness in healthy women with and without sexual arousal disorder, Irwin Goldstein, ed., *The Journal of Sexual Medicine*, San Diego, Wiley-Blackwell, 2008, 1424-1435.
- Lameiras, María; Faílde, José María, *La psicología clínica y de la salud en el siglo XXI. Posibilidades y retos*, Madrid, Dykinson, S.l., 2000.
- Laumann, Edward; Paik, Anthony; Rosen, Raymond, Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors, *JAMA*, Vol. 281, N° 6, 1999, 537-544.
- Lauster, Peter, *Die Liebe. Psychologie eines Phänomens*, Dusseldorf, Rowohlt-Taschenbuch-Verlag, 2006.
- Ledo, Julia, El posmodernismo en antropología, *Revista de Ciencias Sociales Aposta*, octubre 2004, 1-15.
- Meyer, Catherine, *Los nuevos Psi. Lo que hoy sabemos sobre la mente humana*, Buenos Aires, Sudamericana, 2010.
- Leiblum, Sandra Risa; Rosen, Raymond, *Sexual Desire Disorders*, New York, Guilford Press, 1979.
- Levine, Stephen, An essay on the nature of sexual desire, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1984, 83-96.
- , More on the nature of sexual desire, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1987, 35-44.
- Levine, Stephen; Risen, Candace; Althof, Stanley, *Handbook of Clinical Sexuality for Mental Health Professionals*, Ohio, Taylor & Francis Group, 2010.
- Liaño, Hugo, *Cerebro de hombre, cerebro de mujer*, España, Editorial B, 2000.
- Link, Al; Copeland, Pala, *Sexo en pareja*, Canadá, Aguilar, 2008.
- Lipovestky, Gilles, *La era del vacío. Ensayo sobre el individualismo contemporáneo*, Barcelona, Anagrama, 1983.
- , *La tercera mujer*, Barcelona, Anagrama, 2002.
- , *Los tiempos hipermodernos*, Barcelona, Anagrama, 2007.

- Lomas, Carlos, *El otoño del patriarcado: luces y sombras de la igualdad entre mujeres y hombres*, Barcelona, Península, 2008.
- MacGeorge, Erina, Purdue study shows men, women share same planet, Ascribe Newswire, *Medicine*, 2/17/2004, 26.
- Mars, Diana, *Miedo al amor*, España, Harlequin Ibérica, 1997.
- Marazziti, Donatella, Neurobiology and hormonal aspects of romantic relationships, Michelle De Haan, ed., *Handbook of Developmental Social Neuroscience*, New York, Guilford Press, 2009, 265-280.
- Martín-Morales, A.; F. Mejjide Rico; J. I. García González; L. Regadera Anechina; M. Manero Font, Repercusiones psicológicas de la disfunción eréctil sobre la autoestima y autoconfianza, Madrid, José Luis Ruiz-Cerdá, ed., *Actas Urológicas Españolas*, Vol. 29, N° 5, Elsevier, 2005, 493-498.
- Maslow, Abraham, A Theory of Human Motivation, John R. Anderson, ed., *Psychological Review*, North America, 1943, American Psychological Association, 370-396.
- , *Motivación y personalidad*, Madrid, Díaz de Santos S.A., 1991.
- , *El hombre auto-realizado*, Barcelona, Kairos, 1995.
- Masters, William; Johnson, Virginia, *Human Sexual Response*, St. Louis, Lippincott Williams and Wilkins, 1966.
- Masters, William; Johnson, Virginia; Kolodny, Robert, *La sexualidad humana*, St. Louis, Grijalbo, 1987.
- Matesanz Nogales, Agripino, *El deseo sexual en el hombre*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2003.
- , *Mitos sexuales de la masculinidad*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2006.
- Maturana, Humberto, *Desde la biología a la psicología*, Santiago, Universitaria, 1995.
- , *Transformaciones en la convivencia*, Santiago, J. C. Sáez Editor, 2007.

- , Modo de vida, Santiago, *Gaceta Universitaria*, Vol. 4, N° 2, 2008.
- Maurice, William; Bowman, Marjorie, *Sexual Medicine in Primary Care*, Michigan, Mosby Year Book, 1999.
- , *Low Sexual Desire in Women and Men*, Michigan, Mosby Year Book, 1999.
- Mayor, Luis; Tortosa, Francisco, Perspectivas históricas acerca de la psicología de la motivación, *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, Vol. 8, N° 20-21, 2005.
- McAnulty, Richard; Burnette, Michele, *Sex and Sexuality*, Connecticut, Greenwood Publishing Group, 2006.
- McCarthy, B.; McCarthy, E., *Rekindling Desire: A Step by Step Program to Help Low-Sex and No-Sex Marriages*, Great Britain, Routledge, 2003.
- McCarthy, Alices, *¿Quién está teniendo relaciones sexuales en Estados Unidos?*, Chicago, EBSCO Publishing, 2009.
- Meier, Susan, *Miedo al amor*, Madrid, Harlequín Ibérica, 2003.
- Mellody, Pía, *Facing Love Addiction*, San Francisco, Harper Collins, 1992.
- , *Adicción al amor*, Barcelona, Obelisco, 2006.
- Méndez Chacón, Eva, *Salud a través del sexo*, Madrid, LIBSA, 2000.
- Meston, Cindy; Buss, David, *Why Humans Have Sex*, Texas, University of Texas at Austin, 2007.
- Mitchell, Kirstin; Graham, Cynthia, Two challenges for the classification of sexual dysfunction, sexual health, *The Journal of Sexual Medicine*, Vol. 5, Issue 7, 1552-1558, July 2008.
- Mitchell, Stephen, *Conceptos relacionales en el psicoanálisis: una integración*, México D.F., Siglo XXI, 1993.
- Moalem, Sharon, *How Sex Works*, USA, Harper Collins, 2010.
- Molina, Tirso de, *El burlador de Sevilla*, Madrid, Lengua Editorial S.L., 1995 (original de 1630).
- Mora, Francisco, *Los laberintos del placer en el ser humano*, Madrid, Alianza, 2006.

- Muntané, Dolors, La sexualidad está ligada a la autoestima, <http://hemeroteca.lavanguardia.es>, septiembre de 2001.
- Najman, J. M.; Dunne, M. P.; Boyle, F. M.; Cook, M. D.; Purdie, D.M., Sexual dysfunction in the Australian population, University of Queensland, *Australian Family Physician*, Nov. 32(11), 2003, 951-954.
- Organización Mundial de la Salud, *Developing Sexual Health Programme*, Genova, 2010.
- Ortigue, Stephanie; Bianchi-Demicheli, Francesco, *The Chronoarchitecture of Human Sexual Desire: A high-density electrical mapping*, Peter Bandettini ed., NeuroImage, USA, Academic Press, 2008, 337-345.
- , The neuroimagen of Love: fMRI meta-analysis evidence toward new perspectives in sexual medicine, Irwin Goldstein ed., *The Journal of Sexual Medicine*, San Diego, Wiley-Blackwell, 2010, 3541-3552.
- Ostermeyer, Helmut, Ehe, *Isolation zuzweit?*, Frankfurt, Fischer, 1979.
- Palmero, Francisco; Martínez, Francisco; Huertas, Juan Antonio, *Motivacion y emoción*, Madrid, McGraw-Hill Interamericana, 2008.
- Panksepp, Jaak, *Affective Neuroscience: The foundations of human and animal emotions*, New York, Oxford University Press, 2004.
- Pasini, Willy, *Intimidad. Más allá del amor y del sexo*, Barcelona, Paidós Ibérica, 1992.
- , *Amar al hombre de hoy*, Barcelona, Ariel, 2008.
- Penner, Joyce, *52 maneras de tener relaciones sexuales divertidas y fabulosas*, Nashville, Thomas Nelson Inc., 2011.
- Perel, Esther, *La inteligencia erótica: claves para mantener la pasión en la pareja*, Madrid, Temas de Hoy, 2007.
- Pérez, Carlos, *Sobre la condición social de la psicología*, Santiago, Lom, 1986.

- Petri, Herbert; Govern, John, *Motivación: teoría, investigación y aplicaciones*, México D.F., Thomson Ed., 2006.
- Pfaus, J., Phillips, A., Role of dopamine in anticipatory and consummatory aspects of sexual behavior in the male rat, *Behavioral Neuroscience*, 1991, Oct. 105 (5), 727-743.
- Pfaus, James, *Pathways of sexual desire*, Montréal, Concordia University, 2009.
- Pinker, Steven, *La tabla rasa: la negación moderna de la naturaleza humana*, Barcelona, Paidós, 2004.
- Piorkowski, Geraldine, *Too Close to Comfort. Exploring the Risks of Intimacy*, New York, Insight Books, 1994.
- Plomin, Robert; DeFries, John; McClearn, Gerald, *Behavioral Genetics*, USA, W.H. Freeman and Co Ltd, 2008.
- Plutchik, Robert, *Emotion: A Psychoevolutionary Analysis*, New York, Harper & Row, 1980.
- Poissant, Louise, *El miedo a un gran amor*, México D.F., Diana, 1992.
- Politzer, Patricia; Weinstein, Eugenia, *Mujeres: la sexualidad secreta*, Santiago, Sudamericana, 1999.
- Powell, John, *¿Por qué tengo miedo de amar?*, México D.F., Universo, 1990.
- Purves, Dale; Augustine, George; Fitzpatrick, David, *Neuroscience*, USA, Sinauer Associates, Inc, 2011.
- Rabossi, Eduardo, *La mente y sus problemas. Temas actuales de filosofía de la psicología*, Buenos Aires, Catálogos, 2004.
- Rainie, Lee, The Rise of the e-Patient: Understanding Social Networks and Online Health Information-Seeking, Pew Research Center, <http://pewinternet.org>, mayo de 2011.
- Rampolla, Alessandra, *¡Sexo...! ¿y ahora qué hago?*, Buenos Aires, Sudamericana, 2011.
- Ratey, John, *El cerebro: manual de instrucciones*, Barcelona, Random House, 2001.
- Reeve, John Marshall, *Understanding Motivation and Emotion*, USA, Wiley, 2008.

- Regan, Pamela, The role of sexual desire and sexual activity in dating relationships, *Social Behavior and Personality*, 28, 51-60, 2000.
- Rellini, Alessandra H.; Katie M. McCall; Patrick K. Randall; Cindy M. Meston, The relationship between women's subjective and physiological sexual arousal, *Psychophysiology*, Vol. 42, Issue 1, 116-124, January 2005.
- Revueltas, Andrea, ITAM, <http://biblioteca.itam.mx/estudios/estudio/letras23/notas/notas.html>, 1990.
- Riquelme, Raúl; Oksenberg, Alex, *Trastornos de personalidad: hacia una mirada integral*, Santiago, Sociedad Chilena de Salud Mental, 2003.
- Romi, Juan Carlos, Nomenclatura de las manifestaciones sexuales, *ALCMEON* 42, Año XIV, Vol. 11, N° 2, abril de 2004.
- , *Bases neurobiológicas de la conducta sexual*, <http://www.doctorromi.com.ar>, 2009.
- Rosenzvaig, Roberto, *La pareja al desnudo. Anatomía de la intimidad afectiva y sexual*, Buenos Aires, Sudamericana, 1994.
- Rubia, Francisco, *Lóbulo temporal*, transcripción de su Conferencia en la Real Academia Nacional de Medicina 2001, <http://www.tendencias21.net>, mayo de 2011.
- Ryan, Christopher, An Inconvenient Truth: Sexual Monogamy Kills Male Libido, *Sex at Dawn: The Prehistoric Origins of Modern Sexuality*, Ryan, C., New York, Harper Collins, 2008.
- Salgado, Camila, *La libido herida*, Santiago, Universidad de los Andes, 2004.
- Santini, Óscar, *Pareja y posmodernidad: análisis vincular de la pareja conyugal*, Buenos Aires, De los Cuatro Vientos, 2006.
- Schultz, Duane; Sydney, Ellen Schultz, *Teorías de la personalidad*, Madrid, Thomson, 2002.
- Segraves, R. T.; Althof, S., Psychotherapy and Pharmacotherapy of Sexual Dysfunction, en P.E. Nathan y J.M. Gorman,

- eds., *A Guide to Treatments that Work*, Nueva York, Oxford University Press, 1998, 447-471.
- Segraves, R. T.; Segraves, K.B., Diagnosis of female arousal disorder, *Sexual and Marital Therapy*, 6, 9-13, 1991.
- Segraves, R. T.; Balon, R.; Clayton, A., Proposal for changes in diagnostic criteria for sexual dysfunctions, *Journal of Sexual Medicine*, May 2007 4(3), 567-580.
- Sigus, Volkmar; Grau, Günter, *Geschichte der Sexualwissenschaft*, España, Campus, 2008.
- Sirigatti, Saulo; Stefanile, Cristina; Nardone, Giorgio, *El descubrimiento y los hallazgos de la psicología. Un viaje a través de la mente humana*, Barcelona, Paidós Ibérica, 2011.
- Smith, Tom, *American Sexual Behavior: Trends, Socio-Demographic Differences and Risk Behavior*, Chicago, National Opinion Research Council - University of Chicago, 2006.
- Smith, Carrie, *Las emociones humanas*, USA, Benchmark Education Company, 2011.
- Schnarch, David, *Constructing the Sexual Crucible: An Integration of Sexual and Marital Therapy*, New York, Beaufort Books, 1991.
- , *Intimacy and Desire*, New York, Beaufort Books, 2009.
- , *Awaken the Passion in Your Relationship*, New York, Beaufort Books, 2010.
- Seoane, Pablo, Problemas sexuales: cada vez consultan más jóvenes, en <http://www.aollatinoblog.com>, marzo de 2008.
- Soller, Phillipe, *Casanova el admirable*, España, Páginas de Espuma, 2010.
- Soriano, Carlos; Guillazo, Gemma, *Fundamentos de neurociencia*, España, Editorial UOC, 2007.
- Spector, Ilana; Carey, Michael, Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the empirical literature, *Archives of Sexual Behavior*, August 1990, Vol. 19, Issue 4, 389-408.

- Sponsel, Rudolf, Sexuelle Störungen beim Mann aus Sicht der Allgemeinen und Integrativen Psychotherapie (GIPT), <http://www.sgipt.org>, marzo de 2002.
- Sprecher, Susan; Rodney, Cate, *Sexual Satisfaction and Sexual Expression as Predictors of Relationship Satisfaction and Stability*, en Harvey et al., 2005.
- Sternberg, Robert, *El triángulo del amor: intimidad, pasión y compromiso*, Barcelona, Paidós Ibérica, 1990.
- , *La experiencia del amor: la evolución de la relación amorosa a lo largo del tiempo*, Barcelona, Paidós Ibérica, 2000.
- Stoléru Serge; Mouras, Harold, Brain functional imaging studies of sexual desire & Arousal in human males, *Human Brain Mapping*, November 2000, Vol./Is. 11/3, 162-177.
- Stoléru Serge; Redouté J.; Costes N. et al., Brain processing of visual sexual stimuli in men with Hypoactive Sexual Desire Disorder, *Psychiatry Res.*, 2003, Oct. 30, 124(2), 67-86.
- Stratakis, C.A.; Chrousos, G.P., *Neuroendocrinology and Pathophysiology of the Stress System*, Stratakis, Chrousos GP, 1995.
- Strelau, Jan; Eysenck, Hans Jürgens, *Personality Dimensions and Arousal*, New York, Springer, 1987.
- Strelau, Jan, *Temperament: A psychological perspective*, New York, Springer, 1998.
- Tennov, Dorothy, *Love and Limerence: The Experience of Being in Love*, New York, Scarborough House, 1999.
- Tobena, Adolf, *El cerebro erótico. Rutas neuronales de amor y sexo*, Barcelona, La Esfera de los Libros, 2006.
- Vangelisti, Anita; Perlman, Daniel, *The Cambridge Handbook of Personal Relationship*, Austin, University of Texas, 2006.
- Varela, Francisco, *Un puente para dos miradas*, Santiago, Dolmen, 1997.
- Velásquez, Eduardo, *El Budismo: una alternativa para un mundo en crisis*, Bogotá, Garuda, 2000.

- Verhaeghe, Paul, *El amor en los tiempos de la soledad: tres ensayos sobre el deseo y la pulsión*, Buenos Aires, Paidós, 2005.
- Vidal, Catherine, *Hommes, femmes: avons-nous le même cerveau?*, Paris, Le Pommier, 2007.
- Vigotsky, Lev Semenovich, *Teoría de las emociones: estudio histórico-psicológico*, Madrid, Ediciones AKAL, 2004.
- Waal de, Frans, *Chimpanzee Politics: Power and sex among apes*, New York, JHU Press, 2007.
- Weeks, Gerald; Winters, Jeffrey, How sex problems can destroy a relationship, <http://www.healthyplace.com>, mayo de 2005.
- Weiten, Wayne, *Psicología: temas y variaciones*, México D.F., Cengage Learning Editores, 2006.
- Weiner-Davis, Michele, *The Sex-Starved Wife. What to do when he's lost desire*, New York, Simon & Schuster, 2009.
- Wetzler, Scott, *Living With The Passive Aggressive Man*, New York, Simon & Schuster, 1993.
- Wilson, Colin, *Origins of the Sexual Impulse*, USA, Maurice Bassett, 2004.
- Whipple, Beverly, The health benefits of sexual expression (Introduction), en M. Tepper y A.F. Owens eds., *Sexual Health*, Vol. 1, Psychological Foundations, 17-18, 2006.
- Wilcox, Bradford, National Marriage Project, Universidad de Virginia, <http://nationalmarriageproject.org/>, 2011.
- Young, Larry, Neurophysiol hormone Oxytocin/Vasopressin Conference, The American Physiological Society Conference on the neurohypophyseal hormones oxytocin and vasopressin, July 16-20, 2005.

AGRADECIMIENTOS

Sería justo decir que este libro se ha demorado algo así como 43 años. Comienza cuando Alejandra, estudiante de primer año de psicología, me toma en brazos cuando yo apenas tenía unos días de vida. Tal como ella me lo contó años después, fue en ese momento cuando nos transformamos en hermanos. Sí, claro, resulta que somos hermanos de distinta madre y fue en ese minuto cuando la conocí. ¿Y por qué será que cuento esta historia? Porque este libro no es solo sobre deseo sexual, sino también acerca de una hermandad construida más allá de los lazos sanguíneos. Por esto mismo queremos agradecer a nuestra tremenda familia —construida a pulso—, por haber sido el sustento emocional de este maravilloso esfuerzo conjunto en torno a la psicología. Ha sido nuestra excusa para llegar a ser más profundamente «los hermanos Godoy».

Agradecemos el que nuestros orígenes estuvieran muy inclinados al conocimiento, con un padre psiquiatra, sexólogo, neurólogo y masón. Agradecemos preferentemente a nuestras madres, igualmente grandes profesionales, por ser las que siempre estuvieron a nuestro lado impulsándonos amorosamente a buscar nuestros caminos en la vida.

Ambos elegimos tempranamente especializarnos en la terapia clínica de las relaciones humanas, la pareja, la sexualidad

y la familia, desarrollando nuestra labor inicialmente por distintos senderos. Sin embargo, después de muchísimas horas redescubriéndonos como profesionales, nos sentimos lo suficientemente sintonizados como para primero trabajar juntos y abrir nuestro blog principal Hablemos de Pareja y Sexualidad, hasta que posteriormente pusimos en marcha el Centro de la Persona, la Pareja y la Sexualidad (CEPPAS), un espacio clínico altamente especializado, donde nos acompaña un equipo de profesionales que se dedica en exclusiva a sus respectivas áreas: lo individual, la pareja, la sexología, el psicodiagnóstico, el coaching y la psiquiatría. Queremos agradecer a nuestros colegas de CEPPAS el poder mantenernos permanentemente en reflexión a través de reuniones clínicas, supervisión de casos, perfeccionamiento, publicaciones científicas y formación en el modelo terapéutico que hemos ido desarrollando.

Más que el culmine de un trabajo conjunto, CEPPAS y este libro son el comienzo de otra etapa en nuestra historia familiar. Agradecemos a nuestro hermano Álvaro, el coach de CEPPAS, por las muchas horas de lectura, por la revisión de varios capítulos y por su paciencia para transmitirnos paso a paso sus ideas. Agradecemos también a Marcela Bitrán, nuestra cuñada, doctora en Farmacología (Universidad de Toronto) y profesora asociada de la Universidad Católica, quien revisó los capítulos biológicos para que no tuvieran tantas inconsistencias o imprecisiones (los errores que pueden haber quedado por supuesto que son solo nuestros). A nuestro sobrino Camilo, ingeniero civil industrial y gerente general de CEPPAS, quien con su criterio administrativo nos ha guiado justamente en esa área en la cual nosotros los psicólogos co-jeamos, ayudándonos a orientar nuestros esfuerzos como organización y equipo de divulgación. A nuestro hermano Miguel, quien aunque su área es también la ingeniería, siempre

nos tuvo muy bien cuidados gracias a sus dotes culinarias, procurando así que mantuviéramos siempre una sonrisa en los labios. Agradecemos también al resto de nuestros sobrinos, quienes siempre han estado muy presentes, aportando un ambiente amoroso, cálido y lúdico; y especialmente a Sebastián: ¡gracias por tu ayuda!

Nuestros pacientes merecen una mención muy especial de agradecimiento, ya que sin ellos este libro hubiese sido solamente un frío tratado teórico. De igual manera agradecemos a todos quienes han participado con sus opiniones y sus consultas, confiándonos sus sufrimientos en nuestros distintos blogs.

A Melanie, Gonzalo y Lucas, nuestros queridos editores, gracias por la inestimable dedicación y confianza.

A todos, gracias por hacer esto posible.

LOS HERMANOS GODOY



Alejandra Godoy Haeberle se recibió de psicóloga clínica en la Pontificia Universidad Católica en 1976 y concluyó su doctorado en Terapia de Pareja y Sexualidad en la Freie Universität Berlin, Alemania, en 1981. Es autora de numerosas publicaciones en diversos medios digitales y es una activa bloguera en «Hablemos de Pareja y Sexualidad». Actualmente, es directora sénior del Centro Clínico CEPPAS, especialista en terapia de pareja y terapia sexual, principalmente en casos de Deseo Sexual Hipoactivo. Además, en el centro realiza continuamente supervisiones y es formadora de terapeutas en diversas especialidades.

Antonio Godoy Delard se recibió de psicólogo clínico en 1997 y al año siguiente se incorporó al Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, donde se dedicó principalmente a terapia familiar, de pareja y sexualidad. Al mismo tiempo, realizó su especialización en el Instituto de Terapia Familiar de Santiago y, posteriormente, formalizó un posgrado en relaciones familiares y de pareja en la Universidad Pontificia Comillas, Madrid, España. A su vuelta, estuvo a cargo de la Unidad de Psicoterapia del Instituto Psiquiátrico, donde también fue supervisor clínico hasta 2011. Es autor de numerosas publicaciones y actualmente es director del Centro Clínico CEPPAS y se dedica, entre otros temas, al deseo sexual, crisis severas de pareja y separación.

La disminución del deseo sexual en la pareja pareciera haberse transformado en una verdadera epidemia. Personas que se aman, pero que no se desean, sufren un sinnúmero de negativas y dolorosas consecuencias.

¿Qué está ocurriendo en el plano de la intimidad? ¿Cómo ha cambiado la sexualidad de las mujeres y los hombres en el último tiempo? ¿Será que los cambios en nuestra sociedad han traído nuevos desafíos a las parejas?

Dos psicólogos de renombre —Alejandra y Antonio Godoy— abordan este complejo tema de pareja con el objetivo de ofrecer respuestas sobre la sexualidad de hoy. Y lo hacen con un libro profundo, informado y llano que nos ayudará a vivir el amor más plenamente.

«Un excelente libro para quienes estén interesados en adentrarse en los misterios del sexo y la emocionalidad. Los autores nos hacen reflexionar sobre el sentido de la vida, su quehacer, y el lugar de la sexualidad y el deseo en una época de transición hacia una mayor igualdad entre los sexos. Un esfuerzo notable y bien logrado, de integración entre la teoría y la práctica psicoterapéutica.»

DIANA RIVERA OTTENBERGER,
PHD, ESCUELA DE PSICOLOGÍA,
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

ISBN: 978-956-258-394-7



www.megustaleer.cl

f RHMChile

@megustaleercl

Grijalbo